PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny
TOM VI. ZESZYT II. MARZEC. KWIECIEŃ. 1912.

PRACE ORYGINALNE.

Wypełnianie jam w kościach płatami mięśniowymi

podał

BRONISŁAW SAWICKI.

Powszechnie wiadomo, że jamy w kościach, powstałe wskutek niszczących spraw zapalnych: zapalenia szpiku kostnego, gruźlicy, goją się i zarastają bardzo trudno. Zależy to z jednej strony od trudno postępującego ziarninowania kości, z drugiej zaś — od niepodatności ścian jamy kostnej, od niemożności ich ściągania się, zbliżania ku sobie. To też pozostawione samym sobie tego rodzaju jamy często prowadzą do wytwarzania się latami trwających przetok, które wskutek bezustannego ropienia wyniszczają ustrój chorego, powodują skrobiowate zwyrodnienie nerek i wątroby, a nieraz — sprzyjają rozwojowi nowotworów złośliwych. Stąd oddawna powstało u chirurgów dążenie do pomagania naturze drogą sztucznego zapełniania jam w kościach.

Przeszło od pół wieku chirurgia pracuje nad tem zagadnieniem; proponowano i wypróbowano ogromną liczbę różnych sposobów, i nie można powiedzieć, by tę sprawę dziś ostatecznie rozwiązano. Nie chcemy tym razem dawać szczegó-

łowego przeglądu wszystkich proponowanych metod, gdyż głównie mamy na widoku przedstawienie jednej z nich. To też ograniczymy się obecnie do krótkiego ich wyliczenia, nie pretendując bynajmniej do wyczerpania ich całego spisu. Wszystkie te metody można podzielić na dwie grupy: 1) wypełnianie jam kostnych za pomocą ciał martwych i 2) za pomocą żywych tkanek.

1. Jamy kostne zapełniano najróżnorodniejszemi ciałami martwemi: stałemi, sproszkowanemi, płynnemi, twardemi, miękkiemi, nieorganicznemi i organicznemi.

Zadanie tych ciał obcych może być dwojakiego rodzaju, zależnie od tego, czy mają one pozostać w jamie kostnej na stałe, czy też winny one stopniowo wsysać się. W pierwszym razie odgrywają one rolę taką, jak plomby w zębach: plombowanie kości. Natomiast drugi rodzaj ciał obcych wypełnia jamę kostną tylko zastępczo, t. j. do czasu, dopóki nie wytworzy się odpowiednia ilość tkanki żywej ze ścian jamy kostnej. W miarę, jak ta tkanka wytwarza się, ciało obce ulega wsysaniu i znika: substytucya.

Do plombowania kości używano: kości słoniowej (Rose, Gluck, Krönlein), szkła, platyny, stali niklowanej, glinu, celluloidu (Pean, Gluck, Fraenkel), znanego w dentystyce amalgamatu miedziowego (Heintze, Mayer), bieli ołownej (Trendelenburg), cementu (Stachow), gipsu (Dreesmann, Stachow), guttaperki (Martin). Na szerszą skalę przeprowadzone próby plombowania kości bez względu na zastosowany materyał okazały się zawodnemi. Często plomba nie wgajała się zupełnie, a nawet tam, gdzie wgoiła się, z czasem występowała znowu zgorzel ściany kostnej, i plomba wśród objawów ropienia wydzielała się.

O wiele lepsze wyniki dała metoda substytucyi. Począwszy od pierwszych prób zastosowania gąbek, torfu, jodoformu, salicylu, a kończąc na obecnie stosowanych ciastach (pastae), metoda substytucyi przebiegła długi okres prób i ulepszeń. W ciągu kilku dziesiątków lat z rozmaitem powodzeniem próbowano stosować: jodoform z gliceryną (Billroth), azotan zasadowy bizmutu (Kocher), kwas salicylowy (Schmidt), naftalinę (Fischer), formalinę z żelatyną (Ewald), torf (Neuber), krochmal z jodoformem (Neuber), salol z jodoformem (Reynier i Jsh-Wall),

tymol z jodoformem, kością spaloną i mastyksem (Fantino i Valan), tlenek cynku z eugenolem (Iouon), węgiel drzewny z ałunem (Schede), parafinę (Walton, Rheinhard) i inne.

Obok tego znalazły zastosowanie: gąbki wyjałowione (Hamilton, Barth), gaza jodoformowa (Gluck), jedwab', bawełna (Duplay i Casin), katgut (Gluck, Duplay i Casin). Amerykański chirurg Halstead użył w tymże celu błony podśluzowej z kiszek świni. Kümmel powtórzył jego próby z wynikiem dodatnim. Kraske zastosował do wypełniania jam kostnych odpowiednio przyrządzony włóknik ze krwi wołowej; pozatem wykonywał on próby z wysuszonymi i na włókna rozszczypanymi mięśniami cielęcia.

Wszystkie te metody, jakkolwiek niekiedy miewały powodzenie czasowe, ostatecznie jednak prędzej czy później upadały. Z tej kategoryi substancyi utrzymały się i dziś znajdują częste zastosowanie tylko ciasta (pastae) Mosetig-Moorhofa i Becka. Ciasto Mosetig-Moorhofa składa się z 60,0 jodoformu, 40,0 — olbrotu (spermacetu) i 40,0 — oleju sezamowego. Po należytem oczyszczeniu, odkażeniu i wysuszeniu jamy kostnej M. napełniał ją wymienionem ciastem, które następnie wsysało się stopniowo, zastępowane pomału przez nowotworzącą się substancyę kostną. Jest to zatem typowe gojenie się przez substytucyę. Metoda Mosetiga znalazła szerokie zastosowanie i wytworzyła już ogromne piśmiennictwo; u nas nad tem pracowali Dobrucki i Loevy. Podług Hackmanna, który za pomocą zdjęć rentgenowskich badał stopniowe zmiany w napełnionej ciastem jamie kostnej, następuje przedewszystkiem obfite wytwarzanie się zdrowej, dobrze unaczynionej ziarniny, która pożera ciasto i stopniowo ulega skostnieniu.

Przeglądając rozległe piśmiennictwo, dotyczące metody Mosetig-Moorhofa, widzimy, że naogół znalazła ona wielu zwolenników, aczkolwiek dziś piszą o niej z mniejszym zachwytem, niż przed laty kilkoma. Spostrzegano po jej zastosowaniu zatrucia jodoformem (Walton, Elsberg), otrzymywano nieraz wynik ujemny wskutek częściowego lub całkowitego wydzielenia się ciasta z jamy kostnej. Zwłaszcza tam, gdzie jama kostna dosięga większych rozmiarów, lub gdzie brak skóry nie pozwala na dokładne zamknięcie jamy, wynik często bywa niepewny.

Stąd też wielu chirurgów obecnie wyraża się o tej metodzie powściągliwie, a niektórzy (Chaput) wprost ją odrzucają.

W ostatnich czasach z ciastem Mosetiga zaczęło konkurować ciasto Becka. Składa się ono z zasadowego azotanu bizmutu 33,0 i wazeliny 67,0 lub też: zasadowego azotanu bizmutu 30,0, wazeliny 60,0, wosku 5,0 i parafiny 5,0. Ciasto Becka, proponowane pierwotnie do gojenia przetok gruźliczych, dopiero w ostatnich czasach zaczęło być stosowane do wypełniania wogóle jam kostnych. Ma ono przedewszystkiem tę ujemną stronę, że po jego użyciu niejednokrotnie spostrzegano objawy zatrucia. Wobec tego zaczęto zastępować zasadowy azotan bizmutu węglanem bizmutu. Przetwór ten okazał się mniej niebezpiecznym pod względem zatrucia, lecz za to mniej skutecznym, przynajmniej w przypadkach gruźlicy, co sam Beck przyznaje. U nas nad tą sprawą pracował I. Świątecki.

Naogół biorąc, co do znaczenia ciasta Becka w leczeniu jam kostnych po zapaleniu szpiku, względnie — częściowej zgorzeli kości, doświadczeń dotąd robiono niewiele. W każdym razie w cieście Mosetig-Moorhofa, a, być może, i Becka chirurgia uzyskała wartościowy, jakkolwiek—być może—nie zawsze skuteczny środek w zagajaniu jam kostnych.

Zanim przejdziemy do drugiej grupy sposobów, t. j. do zapełniania jam kostnych różnymi rodzajami tkanki żywej, należy jeszcze wspomnieć o stosowaniu kości obumarłej, oraz skrzepów krwi. Ta ostatnia metoda stoi, że tak powiem, na pograniczu między obiema grupami.

Middeldorf, a następnie Senn, Kümmel, Le Dentu wypełniali jamy kostne wiórkami lub kostkami, wykrojonemi z odwapnionej kości bydlęcej. O ile nie nastąpiło wydzielenie kawałków kości, gojenie szło drogą substytucyi, przyczem zwykle jamę kostną zapełniała nowowytworzona tkanka bliznowa. Wychodząc z założenia, że sole wapienne przeniesionej kości mogą sprzyjać kostnieniu wytwarzającej się w jamie ziarniny, niektórzy chirurgowie i badacze eksperymentatorzy (Barth, Valan) zamiast kości odwapnionej stosowali kość zmacerowaną, lub paloną. Wyniki naogół nie były lepsze, niż po zastosowaniu innych ciał, podlegających substytucyi.

Wiele wrzawy w świecie chirurgów narobiła w swoim czasie metoda Schedego, zwana gojeniem pod wilgotnym stru-

pem krwi. Po nałożeniu opaski zaciskającej na kończynę, Schede oczyszczał jamę kostną, w razie potrzeby usuwał martwaki, oskrobywał i wygładzał ściany, a następnie, po zdjęciu opaski, pozwalał krwi napełnić doszczętnie jamę w kości, poczem zaszywał ponad nią miękkie części. Wytworzony w ten sposób ze krwi skrzep podlegał następnie substytucyi. Praca Schedego wywołała cały szereg prób i artykułów, często entuzyastycznych. U nas pracowali nad tą sprawą Mikulicz i Janiszewski. Z czasem metoda Schedego uległa zapomnieniu i dziś, jak wiele innych, należy do historyi.

2. Drugą kategoryę sposobów, proponowanych w celu wypełniania jam kostnych, stanowi stosowanie różnych rodzajów żywej tkanki. Przedewszystkiem musimy wspomnieć o bardzo dziś żywotnej sprawie przeszczepiania żywej kości. Sprawa przeszczepienia i utrzymania przy życiu tkanki kostnej od bardzo dawna zaprzątała umysły badaczów *). Dość powiedzieć, że, jak to przytacza Wolff, od r. 1810 cały szereg badaczów zajmował się doświadczeniami w tym kierunku na zwierzętach. A i obecnie nie można tej kwestyi uważać za ostatecznie rozstrzygniętą. Za daleko by nas zaprowadziło szczegółowo referować tę sprawę, tembardziej, że z poruszonym przez nas tematem znajduje się ona w dość luźnym związku. To też powiem tylko krótko, że rozróżniamy trzy rodzaje przeszczepiania kości: 1) autoplastykę, t. j. przeszczepianie kości, wziętej z tegoż osobnika; 2) homoplastykę — przeszczepianie kości ludzkiej, wziętej z innego osobnika; 3) heteroplastykę — przeszczepianie kości, wziętej ze zwierzęcia.

Podług najbardziej dziś rozpowszechnionych poglądów, może zachować nadal życie tylko kość, wzięta do przeszczepienia

---

*) Kümmel w swej pracy, drukowanej w Deut. med. Woch. 1891, № 11, str. 389, przytacza następujące podanie: „Pierwsze przeszczepienie kości, którego wiarogodność, zresztą, wielokrotnie była podawana w wątpliwość, miało miejsce w 1670 roku. Job-a-Meekren opowiada, że pewien dostojnik rosyjski wskutek cięcia szablą otrzymał duży ubytek w czaszce. Chirurg dla załatania tego braku wziął odpowiedni kawałek kości psa i pokrył nim brak. Przeszczepiona kość przyrosła. Jednakże kapłani uważali taki sposób gojenia za bezwarunkowo niewłaściwy, i dostojnik, by nie być uważanym za heretyka, musiał zgodzić się na wycięcie niepoświęconej kości“.

od tegoż osobnika a, być może, niekiedy i od innego. Natomiast do bardzo wątpliwych, przez większość badaczów wprost odrzucanych poglądów należy możność zostania przy życiu i dalszego rozwijania się w ustroju ludzkim kości zwierzącej. Podług zdania najnowszych badaczów (Streissler, Lexer, Axhausen i inni), najlepiej i najpewniej wgajają się świeże kawałki kości, wzięte wraz z okostną z tegoż samego osobnika. Sama sprawa wgajania się polega na tem, że żywotność swą i zdolność wytwórczą zachowują okostna i szpik kostny przeszczepionego kawałka kości. Natomiast właściwa tkanka kostna przeważnie, jeżeli nie całkowicie, ulega obumarciu i wessaniu. Z zachowanej przy życiu i wchodzącej w ścisłe połączenie z tkankami sąsiedniemi okostnej oraz ze szpiku kostnego wytwarza się nowa tkanka kostna, która stopniowo zajmuje miejsce kości, ulegającej wsysaniu. Jest to zatem także w swoim rodzaju substytucya, z tą atoli różnicą, że w danym razie tkanka, która zastępuje podlegającą wessaniu substancyę kostną, wytwarza się w pewnym stopniu także z okostnej i ze szpiku kostnego wszczepionego kawałka kości. Zresztą, co do roli ulegającej wessaniu kostnej substancyi zachodzi pewna różnica poglądów; podczas gdy jedni twierdzą, że substancya ta wsysa się całkowicie, i dopiero następczo wytwarza się nowa tkanka kostna, drudzy (Marchand, Lawen) twierdzą, że wsysanie się starej substancyi i tworzenie nowej odbywa się jednocześnie tak, że sole starej tkanki służą do odbudowania nowej.

Kwestya wgajania wolnych kawałków kości, niezmiernie dziś ważna wobec sprawy uzupełniania zniszczonych lub z innego powodu usuniętych większych odcinków kości długich, dla sprawy wypełniania jam kostnych, jak już wyżej była mowa, ma znaczenie mniej doniosłe. Jednakże i w tego rodzaju przypadkach były czynione próby z przeszczepianiem żywej kości.

Poncet jeszcze w r. 1887 spostrzegał, że goiły się dobrze braki kostne po zapaleniu i zgorzeli kości, jeżeli na też braki przeszczepiać kawałki kości, wzięte z nasad kości długich. Za najlepsze do tego celu uważał P. kawałki, wycięte w pobliżu chrząstki nasadowej, jako że w tem miejscu kość ma największą skłonność do rozrostu. Najlepiej jest brać kawałki kości od dzieci, lub młodych zwierząt.

W nowszych czasach opisano (Ad. Schmitt) jeden przypa-

dek wszczepienia świeżej kości, wziętej z piszczeli, w jamę kostną, powstałą wskutek dawno przebytego zapalenia tejże piszczeli. Wynik ujemny.

Natomiast dobry wynik otrzymano w klinice Biera (Klapp), wypełniając obszerną jamę w trzonie kości ramiennej odcinkiem kości, wziętym wraz z okostną z piszczeli tegoż pacyenta. Przeważnie atoli dla zapełnienia jam kostnych odcinkami żywej kości stosowano inną metodę, którą nazwano wszczepianiem (implantatio) dla odróżnienia od wyżej opisanego przeszczepiania (transplantatio).

Wszczepianie, czyli implantacya, polega na wycięciu kawałka kości ze ściany jamy kostnej w ten sposób, by jednakże ten odcinek pozostał w połączeniu z częściami miękkiemi, zwłaszcza z okostną. Tak wyrąbany odcinek kości wraz z miękkiemi częściami bywa następnie wtłaczany w jamę kostną, którą wypełnia. Twórcą tej metody jest Lücke. W przypadku ogromnej jamy kostnej, zajmującej całą piszczel, L. wydłutował z zewnętrznej i wewnętrznej (według dzisiejszego mianownictwa — z bocznej i przyśrodkowej) ściany tejże jamy po jednym długim, klinowatym odcinku, które pozostawił jednakże w połączeniu ze skórą i okostną. Obadwa te odłamy wraz z częściami miękkiemi wtłoczył do wnętrza jamy, którą uprzednio oczyścił. Po upływie niespełna 6 tygodni otrzymał zupełne wyleczenie. W innym przypadku jamę w dolnej nasadzie kości udowej L. zapełnił z powodzeniem, wtłoczywszy w nią rzepkę.

Mniej słusznie współtwórcą tej metody nazywają Biera. Ten ostatni w przypadkach częściowej zgorzeli z piszczeli z wytworzeniem martwaków i puszki martwakowej (capsula sequestralis) zaproponował tak zwaną przez siebie „Osteoplastische Necrotomie“. Operacya polegała na tem, że z przedniej ściany piszczeli oraz z pokrywającej ją okostnej i skóry B. za pomocą noża i dłuta wykroił rodzaj wieka (dwa cięcia poprzeczne i jedno, łączące je, podłużne). Wycięte wieko B. odchylił, martwaki usunął, jamę oczyścił, napełnił sproszkowanym kwasem bornym, poczem tworzącym wieko płatem napowrót jamę przykrył. Sposób ten różni się od metody Lückego głównie tem, że Bier nie wtłaczał kostnookostnowoskórnego płata do wnętrza jamy, lecz ją tylko tym płatem pokrywał. Ażeby takie wtłoczenie umożliwić, należy uruchomiony odcinek

kości o tyle zmniejszyć, by go być w stanie do wnętrza jamy wsunąć. Zadanie to starał się rozstrzygnąć af Schultén. On także na bocznych ścianach jamy kostnej wyrąbuje odcinki kości, które pozostawia w związku z okostną i skórą goleni. Odcinkom nadaje kształt trójkątów lub czworoboków, przyczem z ich brzegów usuwa tyle tkanki kostnej, by można było z łatwością wtłoczyć je do wnętrza jamy.

Nie mogę tu wdawać się w szczegóły operacyi, proponowanej przez af Schulténa, a to tem bardziej, że bez rysunków trudnoby było nawet je zrozumieć. Interesujących się to sprawą muszę odesłać do pracy tegoż autora, jako też do pracy Wagenknechta *). Muszę jednak nadmienić, że operacya ta dotyczy prawie wyłącznie piszczeli, a pozatem, że, jak się to sam miałem możność przekonać, nawet przy ostrożnem obchodzeniu się z odciętymi kawałkami kości bardzo łatwo oddzielają się one od okostnej, a wówczas cały zabieg chybia celu.

Rozległe zastowanie w wielu przypadkach znalazło sobie wypełnianie jam kostnych za pomocą płatów skórnych, względnie skórnookostnowych. Pierwszy, podobno, zaproponował tę metodę Neuber w r. 1883. W postaci prawie niezmienionej przetrwała ona dotąd, i znajduje często zastosowanie, zwłaszcza w operacyach na piszczeli. Po wydłutowaniu koryta w kości ścinamy, o ile to możliwe, jak najmniej obadwa brzegi tegoż koryta. Następnie uruchomiwszy, o ile można, najwięcej przylegające części miękkie, wtłaczamy z obu stron płat skórny wraz z okostną do jamy koryta tak, by pokryć nim ścianę kostną. W tem położeniu umocowujemu płaty za pomocą gwoździ lub szwu. Sposób ten, powszechnie stosowany, w wielu przypadkach oddaje dobrą przysługę; wymaga on jednakże, by jama kostna nie była zbyt głęboka, i by skóra wraz z okostną były w okolicy jamy odpowiednio podatne, co niezawsze ma miejsce. Tam, gdzie brak powyższych warunków, próbowano w osta-

---

*) af Schultén. Ueber osteoplastische Füllung von Knochenhöhlen, besonders der Tibia. Arch. f. Klin. Chir. 1896, Bd. 52, S. 145.

Wagenknecht. Altes und Neues zur Behandlung von Knochenhöhlen seit Einführung der antiseptischen Wundbehandlung. Beitr. z. Klin. Chir. 1904, Bd. 42, S. 756.

tnich czasach stosować płaty okostnowoskórne z szypułą, które wycinano w sąsiedztwie braku kostnego.

Postępując w ten sposób, otrzymali dobre wyniki v. Eiselsberg, Bussala, Rotter, v. Mangoldt, Goldmann. Niektórzy, jak Delbet, Ekehorn, v. Mangoldt pokrywali powierzchnię ziarninującą jamy kostnej płatkami Thierscha, i tą drogą otrzymywali także zagojenie. v. Mangoldt probował zasiewać naskórek na takiej powierzchni. W tym celu zeskrobywał go ze skóry, i następnie rozprowadzał go na powierzchni ziarninującej. Wynik był ujemny.

W ostatnich czasach Chaput proponuje jamy kostne wypełniać podskórną tkanką tłuszczową. Opis techniki operacyjnej bierzemy z dysertacyi doktorskiej R. Parenta *). Po dokładnem oczyszczeniu jamy kostnej, wygładzeniu jej ścian i wyjałowieniu jodyną lub 10% chlorkiem cynku, Ch. przystępuje do wykrojenia płata z tłuszczu podskórnego. W tym celu na udzie, lub na brzuchu prowadzi cięcie skórne, z którego w obie strony oddziela dokładnie skórę od tkanki podskórnej. Następnie z tej ostatniej wycina odpowiedni pas, oddzielając go dokładnie od powięzi. Wycięty pas tkanki tłuszczowej Ch. przenosi do jamy kostnej, którą nim wypełnia. Objętość jego winna być nieco większa, niż objętość jamy. Ponad tkanką przeszczepioną miękkie części zaszywa.

Więcej niż wątpliwe jest, by operacya Chaputa w praktyce utrzymała się. Tkanka tłuszczowa odznacza się wogóle małą żywotnością, przeszczepiona zaś do jamy kostnej, wysmarowanej jodyną lub roztworem chlorku cynku, prawdopodobnie w większości przypadków ulegnie obumarciu. Nawet w tych 5 przypadkach z oddziału Chaputa, które przytacza w swej pracy Parent, gojenie nie zawsze przebiegało bez zarzutu. W jednym z nich, gdzie jama kostna miała wielkość dużego orzecha, gojenie ciągnęło się pięć miesięcy. Z dwóch innych przypadków w jednym doszło do częściowego, w drugim do całkowitego obumarcia tkanki przeszczepionej. Wreszcie w dwóch po-

*) R. Parent. Contribution à l'étude du traitement des grands evidements osseux consecutifs à l'ostéomyélite par la greffe adipeuse de M. Chaput, 1910, Thèse de Paris.

zostałych przypadkach, gdzie razem z tkanką tłuszczową przeniesiono i kawałek skóry dla pokrycia jamy, taż skóra uległa zgorzeli.

Pozostaje nam jeszcze omówić jedną metodę, t. j. wypełnianie jam kostnych płatami mięśniowymi. Twórcą tej metody jest wyżej już wspomniany af Schultén. Podał ją dla tych przypadków, które nie nadają się do implantacyi kości, a specyalnie dla jam w kości udowej. Sposób ten polega na wykrojeniu z mięśni w sąsiedztwie jamy płata mięśniowego, a właściwie mięśniowookostnego z szypułą i na wsunięciu tegoż płata do jamy kostnej. W szczegółach metoda przedstawia się w sposób następujący: tak samo, jak w napełnianiu jam kostnych ciałami martwemi, af Schultén operuje na dwóch posiedzeniach. Na pierwszem posiedzeniu po nałożeniu opaski zaciskającej na udo toruje sobie dostęp do ogniska zapalnego, wydłutowuje kość na odpowiedniej przestrzeni, usuwa martwaki (sequestrotomia, evacuatio), oczyszcza jamę kostną i wygładza jej ściany. Należy tyle wydłutować kości, by dotrzeć koniecznie do miejsc zupełnie zdrowych, gdyż od tego warunku zależy szybkość gojenia się. Jamę kostną przemywa wodą wyjałowioną lub roztworem kwasu bornego, napełnia gazą jodoformową, poczem opaskę zaciskającą zdejmuje. Pojedyncze naczynia mięśniowe chwyta i podwiązuje, a w końcu nakłada opatrunek.

Właściwa operacya wytwórcza odbywa się na drugiem posiedzeniu nie wcześniej, niż w 3 — 4 tygodnie po pierwszem, t. j. wówczas, gdy już cała jama oczyściła się i pokryła dobrą ziarniną. Po nałożeniu opaski zaciskającej chirurg rozszerza wejście do jamy, którą następnie wyskrobuje, usuwając dokładnie ziarninę i nowowytworzoną tkankę łączną. Ściany jamy odkaża roztworem sublimatu, lub kwasu bornego. Teraz na skórze uda prowadzi cięcie podłużne, przebiegające ku górze i ku dołowi od jamy. Od środka tego cięcia prowadzi drugie, poprzeczne, by w ten sposób wytworzyć dwa płaty skórne, po których odłuszczeniu i odwinięciu możnaby mieć dokładnie obnażone odpowiednie mięśnie. Najchętniej af Schultén posiłkował się płatem z mięśnia czterogłowego uda. Jeżeli rana, prowadząca do jamy, leżała na przedniozewnętrznej powierzchni uda, co zdarza się najczęściej, operujący wycinał płat z mięśnia grubego zewnętrznego (m. vastus ext.); w przypadku jamy

kostnej, leżącej na wewnętrznej powierzchni, wycinano płat z mięśnia grubego wewnętrznego. W niektórych przypadkach używano płata z mięśnia dwugłowego uda. Wybór mięśnia zależał od warunków miejscowych; toż samo dotyczy i szypuły płata. Zwykle wycinano płat z szypułą od góry, co jest dogodniejsze ze względu na lepsze odżywianie płata. Niekiedy wypadało jednakże wycinać płat z szypułą, ułożoną od dołu, bliżej kolana; takie umiejscowienie szypuły okazuje się dogodniejszem, zwłaszcza w tych przypadkach, w których jama kostna leży w górnej części uda. Jednakże ułożenie szypuły od dołu jest mniej dogodne z tego względu, że stąd trudniej odbywa się odżywianie płata W jednym przypadku af Schulténa, gdzie zastosował on taki płat z dolną szypułą, nastąpiło częściowe obumarcie płata, co zresztą nie przeszkodziło zagojeniu się jamy kostnej.

Przy wycinaniu płata af Schultén prowadzi cięcie głęboko tak, by razem z mięśniem wziąć w płat i okostną w okolicy otworu jamy. Z tej okostnej ma następnie wytworzyć się tkanka kostna dla zapełnienia tejże jamy. Wycinając w ten sposób płat, który powinien sięgać nizko ku dołowi i zajmować nawet część ścięgna mięśnia czterogłowego uda, łatwo można otworzyć staw kolanowy. af Schultén ma to na widoku i przestrzega przed takiem powikłaniem; niemniej przeto sam otworzył staw w dwóch przypadkach, co zresztą po natychmiastowem zaszyciu torby stawowej struną (catgut) nie miało złych następstw. Wycięty płat zostaje przesunięty i wepchnięty do jamy kostnej. Ażeby to łatwiej wykonać, należy nieraz odpowiedni brzeg jamy dostatecznie zdłutować. W przypadku, gdzie jama jest znacznej wielkości, jednego płata może nie wystarczyć do zapełnienia tejże jamy. W takim razie można brak uzupełnić drugim płatem, wyciętym z innego mięśnia; af Schultén brał naprzykład w tym celu dwa płaty, jeden z mięśnia grubego zewnętrznego, drugi zaś z mięśnia dwugłowego. Teraz następuje zdjęcie opaski i opanowanie krwawienia Po ułożeniu płata na miejscu przeznaczenia następuje umocowanie go kilkoma ściegami ze struny, i zaszycie rany skórnej. Lepiej bywa nie zaszywać jej zupełnie by dać odpływ wydzielinie lub krwi, która może się gromadzić.

W tym celu przez pozostawione otwory wprowadza się

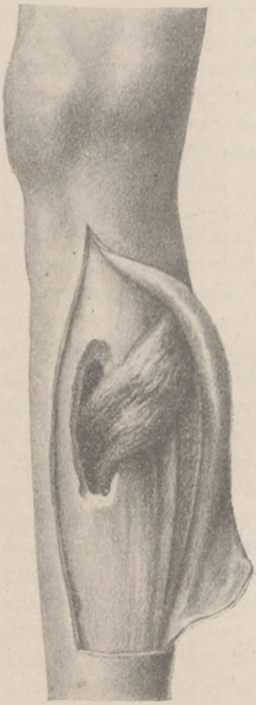
sączki lub kawałki gazy jodoformowej. Jeżeli, po zdjęciu opaski zaciskającej, krwawienie z jamy kostnej i z mięśni jest bardzo żywe, af Schulten radzi jamę zatamponować gazą i dokończenie operacyi odłożyć do dnia następnego. Po ukończonej operacyi af Schulten nakładał opatrunek swego pomysłu. Na ranę bezpośrednio nie kładł on gazy, lecz tylko rodzaj łukowatego sklepienia z drutu, które opierało się na desce dobrze wysłanej, na której była ułożona kończyna. Dopiero na to sklepienie kładł gazę, lub wprost ceratkę. Czynił to w tym celu, by z jednej strony uniknąć ucisku na ranę i przylepienia się przepojonej wydzieliną gazy, a z drugiej strony, by módz często i łatwo kontrolować przebieg gojenia. Czas gojenia pooperacyjnego wynosił, o ile nie było powikłań, 1—2 miesięcy. Najczęstszą przyczyną powikłań bywa gromadzenie się wydzieliny, lub uporczywe krwawienie. W celu uniknięcia tych powikłań należy ranę dobrze sączkować, a przed jej zaszyciem dokładnie podwiązać naczynia.

Ogólna liczba operowanych przez af Schultena przypadków wynosi około 30; dokładny jednakże opis choroby w swej pracy podaje on tylko 22 przypadków. Z tych 20 dotyczyło zapaleń kości udowej, 2 zaś — kości ramiennej.

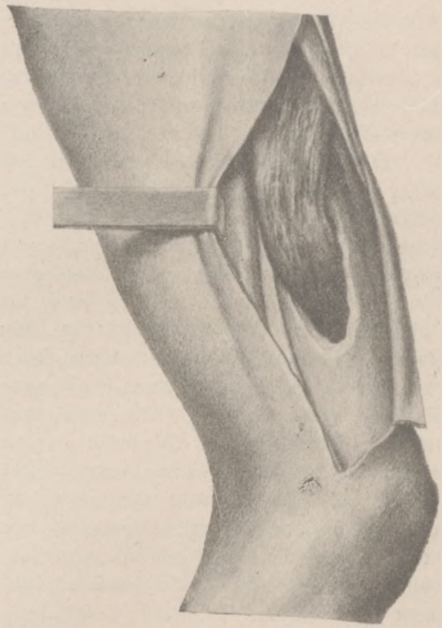
Proponowana przez af Schultena metoda nie zyskała sobie popularności. Obawiano się, prawdopodobnie, upośledzenia czynności kończyny na skutek wycinania płata z mięśni. Pozatem ogólną uwagę w tym czasie zwóciła na siebie metoda Mosetig-Moorhofa. Dopiero w ostatnich czasach znajdujemy ślady zainteresowania się płatami mięśniowymi we Francyi. Huguier *) w Towarzystwie chirurgów paryskich demonstrował chorego, któremu zagoił jamę w kości udowej, wypełniwszy ją płatem mięśniowym z szypułą dolną, wyciętym z mięśnia czterogłowego uda. Nieco wcześniej Nelaton **) ogłosił dwa operowane przez siebie przypadki. W pierwszym 15-letniej pannie wypełnił płatem, wziętym z mięśnia piersiowego wielkiego, jamę, która pozostała po przebytem ostrem zapaleniu obojczyka. W drugim przypadku 26-letniemu mężczyźnie wypełnił jamę

*) La Presse médicale, 1910, № 46. Sprawozdanie z posiedzenia.
**) Revue d'Orthopedie, 1910, № 3.

w dolnej części piszczeli, powstałej wskutek zapalenia tejże kości. Nie mogąc z powodu nizkiego położenia jamy kostnej wziąć płata z tejże goleni, N. wyciął go z drugiej, t. j. zdrowej, i po odpowiedniem ułożeniu kończyn wypełnił nim jamę kostną. Płat, wycięty z wewnętrznotylnej powierzchni łydki na zdrowej nodze, miał długości 15 cm., szerokości — 4 cm., i składał się ze skóry, tkanki podskórnej oraz warstwy mięśniowej, 2 cm.



№ 1.



№ 2.

grubej. Obiedwie kończyny umocowano w połączeniu ze sobą za pomocą opaski gipsowej. Po dniach 15 N. przeciął szypułę płata. Zagojenie zupełne.

Sam osobiście miałem możność wykonać operacyę plastyczną af Schultena w 9 przypadkach. Zanim przejdę do opisu tych przypadków oraz do wniosków, które mi się stąd nastręczają, zwracam uwagę na dwa wyżej zamieszczone rysunki, które najlepiej zobrazują samą technikę operacyjną. Jeden z tych

rysunków (№ 1) przedstawia wypełnienie jamy w piszczeli za pomocą płata, wziętego z mięśni łydki; drugi (№ 2) wyobraża takież wypełnienie jamy w kości udowej za pomocą płata, wyciętego z mięśnia dwugłowego.

Operowane przezemnie przypadki są następujące:

1. K O., l. 23, służąca, zapisała się do szpitala Dzieciątka Jezus d. 7 października 1897 r. Przed 5 laty po uderzeniu chora dostała objawów ostrego zapalenia szpiku prawej piszczeli. Wkrótce potem wystąpiło zapalenie lewej kości udowej oraz kości prawego przedramienia. Udo i przedramię po długotrwałem ropieniu i kilkakrotnem wydzielaniu się martwaków zagoiły się. Natomiast na prawej goleni pozostała dotąd przetoka. Przed rokiem chorą operowano bez wyniku. Prawa goleń znacznie zgrubiała; skóra na przedniej powierzchni goleni bliznowato zwyrodniona; w górnej części tejże powierzchni w pobliżu górnej nasady przetoka, otoczona obżartą od ropy skórą.

D. 9 października wykonałem osteotomię. Kość stwardniała, kanał kostny na połowie długości trzonu zarośnięty. W głębi znalazłem martwak wielkości wiśni, otoczony obfitą ilością ziarniny. W piszczeli na przestrzeni górnej jej połowy wydłutowałem koryto. D. 31 grudnia usunąłem ziarninę i nowowytworzoną tkankę bliznową, poczem miałem zamiar wszczepić sposobem af Schultena do środka jamy kostnej odcinki, wydłutowane z bocznych ścian tejże jamy. Okazało się jednakże, że połączenie pomiędzy kością a rozpulchnioną i przekrwioną okostną było tak luźne, że przy próbach przesunięcia odcinka kostnego ku wnętrzu jamy tenże odcinek zupełnie oddzielił się od okostnej Wobec tego trzeba było zaniechać pierwotnego zamiaru. Zwyrodniona bliznowo na dużej przestrzeni skóra nie rokowała nadziei, by udało się zużytkować ją z powodzeniem dla pokrycia braku w kości. Z tego powodu postanowiłem zużytkować w tym celu mięśnie. Do przebiegającego wzdłuż goleni cięcia podłużnego dodałem cięcie poprzeczne, przebiegające od dolnego końca tamtego wpoprzek wewnętrznej i tylnej powierzchni aż do środka łydki. Żyłę podskórną większą podwiązałem i przeciąłem.

Oddzieliwszy teraz wytworzony w ten sposób trójkąt skóry, obnażyłem wewnętrzną połowę mięśnia brzuchatego łydki. Cięciem podłużnem wyciąłem z tego mięśnia płat z nasadą od góry, obejmujący nieco mniej, niż połowę tegoż mięśnia. Wytworzony płat mięśniowy oddzieliłem, przesunąłem tak, że wypełnił on więcej, niż pół jamy kostnej, poczem paroma ściegami ze struny umocowałem płat na miejscu. Skórę wraz z okostną, o ile to było wykonalne, nasunąłem, i w dolnej części jamy, gdzie płata mięśniowego zbrakło, wtłoczyłem do wnętrza. W górnej części brzegi rany skórnej połączyłem szwem. Tym sposobem w dolnej części jama w kości pozostała niewypełniona płatem mięśniowym i w części tylko pokryta wtłoczoną skórą i okostną, które starałem się utrzymać na tem miejscu tamponem z gazy jodoformowej. Przebieg bardzo dobry.

D. 26 stycznia 1898 r. chora mogła już opuścić szpital z niewielką, dobrze ziarninującą powierzchnią w dolnej części rany. Po upływie trzech tygodni zupełne zabliźnienie.

2. J. Z., l. 36, służąca, zapisała się do szpitala Dzieciątka Jezus d. 6 kwietnia 1898 r. Przed $1^1/_2$ rokiem przechodziła ostre zapalenie lewej piszczeli. Z tego powodu leżała 8 miesięcy w szpitalu; wypisała się niezupełnie zagojona. Obecnie przed 4 tygodniami wystąpił znowu ból, obrzmienie lewej goleni, dreszcze, gorączka. Cała lewa goleń obrzmiała, o 5 do 6 cm. grubsza, niż prawa. Na przedniej powierzchni wzdłuż $^2/_3$ górnych goleni przebiega blizna. Skóra obrzękła, zaczerwieniona. Ucisk na kość bardzo bolesny. Ciepłota ciała zwiększona. Osteotomia. Wydłutowałem koryto na przestrzeni całego trzonu i prawie całych obu nasad. Kanału kostnego w trzonie nie było. Znalazłem tylko dwie niewielkie jamy, napełnione cieczą klejowatą. Rana dość prędko wypełniała się ziarniną, i chora na własne żądanie d. 18 czerwca 1898 r. opuściła szpital.

D. 21 stycznia 1899 r. chora znowu zapisuje się do oddziału z powodu niegojenia się rany. Znajdujemy w dolnej połowie goleni bliznę; natomiast na przestrzeni górnej połowy powierzchnia obnażona, pokryta mocno wybujałą ziarniną. D. 31 stycznia operacya. Wejście do jamy kostnej ma 5 cm. długości. Ziarninę i tkankę łączną wyskrobano, brzegi jamy kostnej (zwłaszcza brzeg przyśrodkowy) zdłutowano, poczem w ten sam sposób, jak w poprzednim przypadku, wykrojono płat z mięśnia brzuchatego łydki z nasadą u góry i wypełniono nim jamę w piszczeli. Kilkoma ściegami płat umocowano, brzegi rany skórnej zaszyto z pozostawieniem niewielkiego otworu wolnego. D. 14 lutego chora ze względu na swe obowiązki służbowe wypisała się. Niespełna w dwa tygodnie potem rana zupełnie zagoiła się. Miałem możność widywać od tego czasu chorą wielokrotnie. Żadnych dolegliwości nie doświadczała.

3. Z. M, l. 16, włościanka z prowincyi. Do szpitala Dzieciątka Jezus zapisała się d. 17 stycznia 1902 r. Oboje rodzice chorej zmarli, jak powiada, w objawach długo ciągnącego się kaszlu i duszności. Sama pacyentka dostała przed pół rokiem gorączki, dreszczy i silnego bólu w lewej goleni, która mocno spuchła. W ciężkim stanie chorą oddano do szpitala na prowincyi, gdzie jej wykonano operacyę. Chora w jakiś czas potem poprawiła się, poczęła chodzić, przyczem zauważyła, że lewa goleń coraz bardziej wygina się pałąkowato na zewnątrz.

Badanie wykazało: chora osłabiona, blada, wątła. Lewa goleń w górnej i środkowej części pałączkowato wygięta na zewnątrz. W kolanie ruchy boczne. Mięśnie łydki w stanie dużego zaniku. Skóra prawie na całej goleni zmieniona, cienka, na przedniej powierzchni bliznowato zwyrodniona, na zewnętrznej, w miejscu wypuklenia goleni — sinawa, obrzęknięta, wszędzie mało, lub wcale nieprzesuwalna. Na przedniej powierzchni goleni trzy przetoki, z których dwie prowadzą do trzonu, jedna — do górnej nasady piszczeli.

D 22 stycznia osteotomia. Usunięto duży martwak, zajmujący $^1/_3$ długości piszczeli. Jama kostna, w której leżał martwak, jest pozbawiona prze-

dniej i tylnej ściany tak, że ciągłość kości utrzymują tylko ściany boczne. Po operacyi chora zaczęła nieco poprawiać się. D. 21 marca wykonano operacyę wytwórczą. Z jamy kostnej, zajmującej znaczną częśc górnej nasady i trzonu, wyskrobano sporą ilość ziarniny. Stwierdzono znowu brak kości na tylnej ścianie jamy. Do rany podłużnej, obejmującej sobą wejście do jamy, dodano, jak w poprzednich przypadkach, cięcie poprzeczne, sięgające do środka łydki. Żyła podskórna większa była zupełnie zarośnięta. Wytworzony w ten sposób trójkąt skórny oddzielono i odwinięto. Wykroiwszy teraz z mięśnia brzuchatego łydki płat, obejmujący prawie połowę tegoż mięśnia, przesunięto go ku jamie. Wypadło przyśrodkowy brzeg kostny jamy znacznie zdłutować, by przesunąć ponad nim płat do jamy. Pomimo to nie udało się zapełnić całej jamy płatem. Wepchnięty płat umocowano na miejscu, przyszywszy go kilkoma ściegami strunowymi do okostnej. Teraz pozostała bodaj najtrudniejsza część operacyi, t. j. pokrycie skórą całej rany. Okazało się, że skóra jest tak mało rozciągliwa i przesuwalna, że nie mogło być mowy o ściągnięciu i połączeniu jej brzegów choćby tylko częściowo ponad wejściem do jamy, względnie — ponad przeniesionym płatem. Wobec tego od końca cięcia poprzecznego wzdłuż tylnej powierzchni łydki poprowadzono do góry cięcie pionowe. W ten sposób wytworzono ze skóry łydki płat czworoboczny z nasadą u góry. Płat ten udało się przesunąć ku przedniej powierzchni, nie na tyle jednakże, by go można było zeszyć z brzegiem skóry na stronie przeciwnej. Dopiero zrobiwszy cięcie zwalniające na skórze, pokrywającej zewnętrzną powierzchnię goleni, w odległości około 5 cm. od brzegu rany i oddzieliwszy od powięzi wytworzony w ten sposób płat o dwóch szypułach, zdołano obadwa płaty zbliżyć ku sobie i na pewnej przestrzeni połączyć szwami na przedniej powierzchni goleni. Tą drogą udało się pokryć skórą dolną połowę jamy wraz z częścią przesuniętego płata mięśniowego. Natomiast górna połowa jamy i miejsce, gdzie płat przeginał się przez brzeg kostny, dążąc do tejże jamy, pozostało niepokryte. Jeżeli dodamy, że płat czworoboczny na znacznej przestrzeni posiniał i stał się zimny, trudno dziwić się, żeśmy sobie niewiele obiecywali z tego przypadku. Pomimo to staraliśmy się o to, by w dolnej części jamy, gdzie płata mięśniowego zbrakło, za pomocą lekkiego ucisku tamponem z gazy płat skórny możliwie wcisnąć wewnątrz.

Przebieg pooperacyjny nadspodziewanie dobry. Z płata czworobocznego niewielki tylko odcinek uległ zgorzeli. Rana po cięciu zwalniającem, jakoteż brak skóry na tylnej ścianie łydki stosunkowo szybko zagoiły się. Obadwa płaty, t. j. przyśrodkowy czworoboczny i dwuszypułowy, na zewnętrznej powierzchni goleni wykrojony, na miejscu zeszycia połączyły się ze sobą dobrze i do ścian jamy przyrosły. Pozostała niepokryta górna część jamy z kawałkiem przeszczepionego mięśnia.

D. 28 kwietnia. Pozostała niezagojona na przedniej powierzchni goleni przestrzeń, pokryta ziarniną, długa 3 cm. i szeroka mniej, niż 1 cm. Pacyentka, zadowolona ze swego stanu, nie chcąc dłużej ponosić kosztów leczenia szpitalnego, wyjechała do domu z listem do lekarza. Później miałem wiadomość, że rana zagoiła się zupełnie, sam, jednakże, już pacyentki nie widziałem.

4. D. S., l. 23, wyrobnica, zapisała się do szpitala d. 23 kwietnia 1903 r. Chora od lat 5, t. j. od czasu, gdy dostała się pod koła młocarni i uległa złamaniu prawego uda, prawego ramienia i lewego uda w okolicy połączenia dolnej nasady z trzonem. Kość udowa prawa i kość ramieniowa zrosły się bez powikłań. Natomiast na lewem udzie wystąpiło porażenie nerwu strzałkowego. Pozatem po upływie paru miesięcy zaczęła rozwijać się gruźlica w dolnej nasadzie tegoż uda, która następnie przeszła na staw i na górną nasadę piszczeli. Sprawa gruźlicza odznaczała się dziwną odpornością na wszelkie zabiegi lecznicze.

W okresie czasu pomiędzy rokiem 1899 a 1903 chora podlegała wielokrotnie operacyi. Wyskrobywano jej chore ogniska z kości, wykonano artrektomię, za innym razem ponownie odpiłowano kawał zniszczonej kości z obu nasad, stosowano wszelkie możliwe środki drobnoustrojobójcze, i wszystko to nie mogło opanować choroby. Wprost nie pamiętam drugiego podobnego przypadku gruźlicy w okolicy kolana, gdzieby przebieg był tak ciężki. Po każdej operacyi początkowo gojenie szło na pozór pomyślnie, wkrótce atoli wytwarzały się przetoki, z któremi nie można było sobie poradzić. W pachwinie, w miednicy podotrzewnowo wytwarzały się pęki rozmiękczonych gruczołów chłonnych, które trzeba było parokrotnie usuwać.

Chora w tym okresie czasu to opuszczała szpital, to znowu zapisywała się. Opatrując sobie sama w domu przetoki, tak zakaziła sobie skórę, że później dość było tylko dobrze obmyć tamponem z mydłem okolicę przetok, by niezwłocznie wywołać różę. O odkażaniu skóry jodyną nie było jeszcze wówczas mowy, to też nie umieliśmy sobie radzić z tą okolicznością. Staraliśmy się możliwie jaknajmniej wycierać skórę przy myciu, i to było najlepsze. Zresztą róża, którą chora przechodziła kilkakrotnie, zawsze odznaczała się stosunkowo łagodnym przebiegiem i po paru, najwyżej kilku dniach gorączki, typowego zaczerwienienia skóry—ustępowała.

Od roku 1902 zauważono, że nowe ogniska w kości nie ujawniają się; natomiast ciągle pozostawały dwie przetoki, jedna na wewnętrznej, druga na przedniej powierzchni kolana. Obiedwie te przetoki prowadziły do jamy, leżącej pomiędzy nasadami uda i piszczeli. Próba oczyszczenia tej jamy, zdłutowania jej wystających brzegów nie doprowadziły do celu. Wobec tego zdecydowałem się zapełnić wspomnianą jamę płatem mięśniowym. W tym celu chora zapisała się do szpitala d. 23 kwietnia 1903 r.

Pacyentka blada, wątła, fizycznie bardzo słabo rozwinięta. Na przedniej powierzchni kolana, na bliźnie, po dwóch przebytych wycięciach kości pozostałej, dwie prowadzące wgłąb przetoki, z których wydziela się rzadka, cuchnąca ropa. Znając usposobienie chorej do róży, postanowiłem uprzednio przygotować w odpowiedni sposób pole operacyjne. W tym celu zastosowałem codzienne opatrunki z płynu Burowa, wstrzykiwanie jodoformu z eterem do przetok, i kąpiele.

D. 10 czerwca wykonałem operacyę. Po wycięciu blizny wraz z przetokami na przedniej powierzchni kolana, i po wyskrobaniu ziarniny, przekonałem się, że jama leżała w nasadzie piszczeli. Ściany i dno jamy były twarde; głębokość jej wynosiła 4 cm. Od otworu rany ku dołowi popro-

wadziłem cięcie na wewnętrznej powierzchni goleni, obnażając w ten sposób mięsień brzuchaty łydki. Z tego mięśnia wykroiłem płat, kończący się w pobliżu ścięgna Achillesa, i odpowiadający swą objętością $^1/_3$ całego mięśnia. Płat ten przesunąłem ku górze i na zewnątrz, a następnie wepchnąłem do jamy kostnej. Dolny brzeg tejże wypadło uprzednio nieco zdłutować. Płat umocowałem na miejscu kilkoma ściegami, poczem ranę skórną zaszyłem, pozostawiając otwór, wystarczający do wprowadzenia gazy jodoformowej wewnątrz. Tegoż dnia wieczorem dreszcze, a na drugi dzień rano objawy róży w okolicy rany.

Po kilku dniach róża przeszła, pozostało jednakże na razie obfite ropienie z rany, a na wewnętrznej powierzchni goleni wytworzył się ropień podskórny. Po otworzeniu ropnia gojenie rany zaczęło posuwać się naprzód w szybkiem tempie. Płat przeszczepiony ocalał, wypełniając dokładnie jamę. Po kilku tygodniach zagojenie możnaby było nazwać zupełnem, gdyby nie mała przetoczka, z którą nie można sobie było dać rady. Sączyło się z niej już to niewiele ropy, już to płynu surowiczego, a pomimo to zagoić się nie chciało. Wobec tego d. 26 listopada rozszerzyłem przetokę i znalazłem w głębi kawałek gazy, który, widocznie, kiedyś podczas opatrunku tam pozostawiono. W kilka tygodni potem zupełne zagojenie.

Pacyentka od tego czasu była zupełnie zdrowa do r. 1910; w końcu tego roku na przedniej powierzchni kolana, w okolicy guzowatości piszczeli wytworzyła się przetoka, prowadząca wprost do rozmiękczonej kości. Wykonano wyskrobanie kości i zastosowano odpowiednie leczenie, co jednakże oczekiwanego wynłku nie dało. Zamierzałem w 1911 r. ponownie wykonać przeszczepienie płata mięśniowego lub skórnego do odpowiednio przygotowanej jamy kostnej. Z powodu wyjazdu musiałem ten projekt odłożyć, a tymczasem chora znikła mi z oczu.

5. G. H., l. 14, wychowanica Domu Wychowawczego, zapisała się do oddziału szpitalnego d. 26 maja 1903 r. Chora już od dłuższego czasu na lewą goleń, która jest w górnej połowie znacznie zgrubiała. Choroba zaczęła się ostrą gorączką i bólami. Na przedniej powierzchni goleni w pobliżu nasady owrzodzenia, otoczone skórą obrzękniętą i zaczerwienioną. Na wewnątrz od owrzodzenia ograniczone chełbocące obrzmienie.

D. 28 maja osteotomia. Przetoka prowadziła do jamy kostnej, w której znaleziono duży martwak. Wydłutowano przednią blaszkę piszczeli prawie na całej górnej połowie tejże. Ze ścian jamy stosunkowo najgrubsza była wewnętrzna; natomiast z zewnętrznej pozostała tylko cienka blaszka, tylna zaś ściana nietylko była cienka, lecz i przedziurawiona na wylot w kilku miejscach. Ku górze wypadło usunąć substancyę kostną prawie do chrząstki stawowej. Zachodziła obawa, by kość piszczeli nie złamała się.

D. 26 czerwca wydzielił się niewielki martwak z rany.

D. 10 lipca wykonano operacyę wytwórczą. Tak samo, jak w poprzednich przypadkach, obnażono mięsień brzuchaty łydki i wykrojono z niego ptat 18 cm. długi i 4 cm. szeroki z nasadą u góry. By go wsunąć i umieścić w jamie kostnej, należało odpowiednio zdłutować wewnętrzną ścianę tejże jamy. Ponieważ jednakże była to ściana najgrubsza i najpewniesza, nie mo-

głem odważyć się na jej dłutowanie, by nie narażać kości na złamanie się. Wobec tego zdecydowałem się zrobić szeroki otwór w tylnej ścianie na przejściu w wewnętrzną i przez ten otwór przeciągnąć płat do wnętrza jamy. Bez trudności w cienkiej ścianie zrobiłem otwór, mający około 5 cm. średnicy i przez ten otwór wciągnąłem płat mięśniowy do jamy kostnej. Zapełniłem płatem obszerną jamę w nasadzie. Dla pokrycia rynienki, wydłutowanej w trzonie kości, musiałem posiłkować się skórą. W tym celu wytworzony poprzednio dla obnażenia mięśni trójkątny płat skórny na wewnętrznej powierzchni goleni przeciągnąłem naprzód i umocowałem w rynience kostnej gwoździami. W górnej części rany udało się połączyć brzegi rany skórnej szwem. Pomimo, że kawałek płata skórnego uległ zgorzeli, gojenie odbywało się bez powikłań i rana po upływie $2^1/_2$ miesiąca zupełnie zarosła. Tymczasem d. 16 listopada wystąpił ból w dolnej, nieoperowanej części goleni, a wkrótce potem wytworzyły się dwie przetoki.

D. 26 listopada wykonano osteotomię w dolnej połowie piszczeli, przyczem przekonano się, że kanał w górnej połowie zarósł zupełnie. Do wytworzonej rynienki wsunięto zawinięte płaty okostnowe i umocowano je sposobem Neubera gwoździkami.

D. 27 stycznia 1904 r. zagojenie się zupełne.

6. W. A, l. 22, służąca, zapisała się do oddziału szpitalnego d. 18 kwietnia 1905 r. Przed 9 laty ostro wystąpiły objawy zapalenia szpiku prawej kości udowej. Po tygodniu wykonano operacyę, podczas której porobiono cięcia na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni uda. Gojenie szło opornie, wychodziły martwaki. W 5 miesięcy po pierwszej wykonano drugą operacyę, poczem rana na wewnętrznej powierzchni uda zagoiła się, natomiast na zewnętrznej powierzchni powstała przetoka, która zmusiła chorą zapisać się do mojego oddziału.

Badanie wykazało na wewnętrznej powierzchni uda ponad kolanem dwie stare wciągnięte blizny. Na zewnętrznej powierzchni uda jedna blizna mająca 30 cm. długości. W odległości 6 cm. od dolnego końca tej blizny przetoka, przez którą zgłębnik wyczuwa kość obnażoną.

D. 25 kwietnia operacya. Przetoka prowadzi do grubego 6 cm. długiego martwaka, leżącego w dużej jamie kostnej o ścianach twardych, wysłanych ziarniną. Po wyskrobaniu ziarniny i zdłutowaniu brzegów otworu, prowadzącego do jamy kostnej, zdecydowałem się tę ostatnią odrazu wypełnić płatem mięśniowym. Ponieważ jama była duża i leżała w nasadzie uda tuż ponad stawem kolanowym, wypadło zastosować dwa płaty, oba z nasadą od dołu. Jeden z nich wyciąłem z mięśnia czterogłowego uda, drugi — z mięśnia dwugłowego Brzegi skóry zeszyto, pozostawiając otwór dla paska gazy. Gojenie się odbywało się zupełnie prawidłowo, na wytworzonej bliźnie pozostała jednakże przetoka, nie chcąca goić się.

D. 26 lipca rozszerzyłem otwór przetoki i znalazłem w głębi martwak $2^1/_2$ cm. długi, 1 cm. szeroki. Oddzielił się on prawdopodobnie od ściany kostnej już po wykonaniu operacyi wytwórczej. Po usunięciu martwaka gojenie poszło szybko, i chora 13 września, jako wyleczona, opuściła szpital.

7. Z. M., l. 28, żona robotnika, zapisała się do szpitala 12 stycznia

1906 r. W dzieciństwie chorowała długi czas, przyczem na obu goleniach potworzyły się przetoki, wychodziły martwaki. Obecnie przed 8 tygodniami zaczęła doznawać silnego bólu w lewem kolanie. Badanie wykazuje wciągnięte, z piszczelami zrośnięte blizny na obu goleniach. Na obu nogach (na lewej więcej) piszczel zgrubiała. Lewa kończyna zgięta w kolanie, w stawie płyn, silna bolesność od uciskania kłykcia wewnętrznego uda. Pomimo parokrotnych nakłuć stawu kolanowego (otrzymywano płyn opalizujący), bóle utrzymywały się, chora gorączkowała.

D. 29 stycznia wykonano trepanacyę kłykcia wewnętrznego uda. Cięciem podłużnem przedostano się do kości, na której znaleziono zagłębienie. Świdrem Doyena przedostano się do napełnionej ropą jamy wewnątrz nasady uda; jama ta miała wielkość śliwki i ściany dość twarde. Część kości zdłutowano, powiększając w ten sposób pojemność jamy kostnej.

D. 19 marca wykonano operacyę wytwórczą. Otwór, prowadzący do jamy, rozszerzono. Jama w kości ma wielkość dużego orzecha włoskiego. Z mięśnia grubego wewnętrznego wykrojono płat z nasadą od dołu; płatem tym wypełniono jamę. Kilka szwów strunowych, przymocowujących płat do okostnej. Szew na skórę z pozostawieniem rozporka, przez który wprowadzono pasek gazy jodoformowej.

D. 11 kwietnia chora opuściła szpital z maleńką powierzchnią ziarninującą, która po kilku dniach zagoiła się zupełnie.

8. M. W., l. 24, służąca, zapisała się do oddziału d. 25 marca 1906 r. Choroba rozpoczęła się przed 12 laty gorączką, obrzmieniem i bólem w dolnej części lewego uda. Chora leżała 7 tygodni. W rok potem na zewnętrznej powierzchni uda wytworzyła się przetoka, z której kilkakrotnie wydzielały się martwaki. Po jakimś czasie przetoka zagoiła się, lecz przed 9 laty znowu otworzyła się i już odtąd nie zamykała się. Dolna nasada lewego uda zgrubiała. Na wewnątrz, t. j. przyśrodkowo od ścięgna mięśnia dwugłowego, tuż przy tem ścięgnie, znajdujemy przetokę, otoczoną bliznową, wciągniętą skórą. Przetoka prowadzi do obnażonej kości.

D. 6 kwietnia wykonano osteotomię. Cięciem podłużnem, poprowadzonem wzdłuż wewnętrznego brzegu ścięgna mięśnia dwugłowego, przedostano się do kości. Po zdłutowaniu grzebieniowatego występu kostnego przedostano się do jamy kostnej, która leżała w zewnętrznym kłykciu nasady i zawierała martwak 4 cm. długi. Jamę oczyszczono i boczne ściany jej zdłutowano. Gojenie się posuwało się naprzód powolnie.

Wobec tego d. 2 lipca wykonano operacyę wytwórczą. Wzdłuż uda poprzez przetokę wykonano cięcie, obnażono mięsień dwugłowy i wycięto z niego płat 4 cm. szeroki i 12 cm. długi z nasadą u dołu. Do jamy, którą uprzednio w odpowiedni sposób przygotowano, wprowadzono płat i umocowano kilkoma ściegami ze struny. Dla lepszego utrzymania płata na miejscu, jak i w poprzednich przypadkach, wprowadzono obok tegoż płata pasek gazy jodoformowej, który wypuszczono nazewnątrz przez rozporek w zeszytej ranie skórnej. Gojenie się było początkowo powikłane dość obfitem ropieniem, co niewątpliwie opóźniło nieco sprawę. W połowie grudnia rana była zagojona.

9. R. Z., l. 16, służąca, zapisała się do szpitala d. 24 września 1907 r. Choruje od 2-go roku życia. Na początku choroby wytworzył się ropień na lewej nodze w okolicy krętarza wielkiego; ropień ten pękł, lecz odtąd istnieje przetoka, która co pewien czas otwiera się, to znowu się zagaja. Obok tej przetoki powstały inne. Chora dobrze zbudowana i dobrze odżywiana. W okolicy lewego krętarza wielkiego dwie blizny po zagojonych przetokach oraz jedna przetoka, otoczona tkanką bliznową. Objawów chorobowych ze strony stawu biodrowego nie znaleziono.

D. 10 października wykonano osteotomię. Przetoka szła do kanału kostnego, który prowadził wgłąb krętarza na przestrzeni 2 cm. i kończył się niewielką jamą, napełnioną ziarniną i ropą. Ściany kanału i jamy twarde. Wydłutowano całą tkankę kostną, otaczającą opisany kanał, i jamę. Ściany tej nowowytworzonej jamy wygładzono, a dla zapełnienia jej wzięto płat z mięśnia pośladkowego. Płat ten wprowadzono do jamy i umocowano paroma ściegami strunowymi. Brzegi rany skórnej zaszyto, pozostawiając rozporek, przez który wprowadzono pasek gazy jodoformowej

D. 15 listopada pacyentka opuściła szpital z raną zupełnie zagojoną.

Ogólna liczba operowanych przezemnie przypadków wynosi 9, przyczem w 8 przypadkach miano do czynienia z następstwem ostrego zapalenia kości (osteomyelitis), w 1 zaś — z gruźlicą kości. Pięć razy operowano na goleni, cztery zaś razy na udzie. W 7 przypadkach wykonano uprzednio osteotomię, a dopiero w kilka tygodni potem — operacyę wytwórczą; w 2 przypadkach obadwa te akty operacyjne wykonano na jednem posiedzeniu. Przeciąg czasu pomiędzy operacyą wytwórczą a zagojeniem wynosił w sześciu przypadkach 1 — $2^1/_2$ miesięcy; natomiast w trzech przypadkach z powodu powikłań był on dłuższy: 5 — 9 miesięcy. Powikłania polegały na tem, że w 1 przypadku wydzielił się jeszcze martwak, w 1 po operacyi miało miejsce obfite ropienie, wreszcie w 1 przypadku po operacyi wystąpiła róża, a pozatem pozostawiono w ranie kawałek gazy tak, że dopiero po usunięciu tejże rana zagoiła się w 9 miesięcy po operacyi.

Płaty mięśniowe w operacyach wytwórczych na goleni brałem z mięśnia brzuchatego łydki z szypułą u góry; w operacyach wytwórczych na udzie płaty wycinano przeważnie z szypułą u dołu z mięśnia czterogłowego lub dwugłowego, raz — z mięśnia pośladkowego. W jednym tylko przypadku niewielki kawałek płata uległ zgorzeli. Przypadki do operacyi wybierano trudne, niekiedy bardzo trudne, zwłaszcza na goleniach.

Ogólne wrażenie, jakie wyniosłem z tych stosunkowo niewielu spostrzeżeń osobistych, mógłbym streścić w sposób następujący: mięśnie stanowią dobry i pewny materyał do operacyi wytwórczych. W niektórych z opisanych przez nas przypadkach o substytucyi, lub o zużytkowaniu plastycznem skóry nie mogło być nawet mowy wobec zwyrodnienia i braku tejże skóry. Do takich, naprzykład, należą 5, 4, a przedewszystkiem 3 nasze spostrzeżenie. Tu nie było czem pokryć nawet płata mięśniowego, do jamy przeszczepionego. Pomimo to wszystko zagoiło się, dając bliznę o wiele lepszą, niż mogłyby dać płaciki skórne, sposobem Thierscha na obnażoną kość przeszczepione, nie mówiąc już o tem, że nawet doraźny wynik takich przeszczepień na kość nie zawsze bywa dodatni. Niemniej przeto mięśnie przedstawiają sobą materyał zbyt wartościowy, by nim szafować bez potrzeby. Wprawdzie, zarówno af Schulten, jak i ja osobiście nie widzieliśmy na razie wyraźnego upośledzenia w czynnościach operowanej kończyny, jednakże bezsprzecznie może ono mieć miejsce, zwłaszcza u osobników, fizycznie słabo rozwiniętych. To też tam, gdzie to możliwe, uważałbym za właściwsze próbować najprzód metody substytucyi lub pokrycia kości płatem skórnym. O ileby to zawiodło, stosować metodę myoplastyczną. Jednakże tam, gdzie nie można mieć dostatecznej ilości skóry do pokrycia braku, stosowałbym odrazu przeszczepianie płata mięśniowego. Choć niepokryty skórą, wgaja się on łatwo i daje dobre podłoże dla naskórka, narastającego z boku, lub z przeszczepionych później płacików skóry.

Z oddziału ginekologicznego szpitala miejskiego imienia
Cesarzewicza Aleksandra w Kijowie.

Wady wrodzone układu moczowego u kobiet [1])

podał

MICHAŁ PIETKIEWICZ.

Uwagi ogólne. — Rozmaitość wad wrodzonych. — Sposoby badania.

Wady wrodzone układu moczowego u kobiet budzą szczególne zainteresowanie wśród ginekologów ze względu na dosyć częste powikłanie ich wadami narządów rodnych. Powikłanie tego rodzaju nie jest bynajmniej zjawiskiem wypadkowem, zależy bowiem od ścisłej łączności nie tylko topograficznej, ale i genetycznej pomiędzy narządami moczowymi i rodnymi w okresie najwcześniejszym rozwoju zarodkowego.

Zastanawiano się już oddawna nad rozwiązaniem pytania, dla czego wady rozwojowe napotyka się w pewnych narządach nader rzadko, w innych zaś—znacznie częściej. Coste i Geoffroy Saint Hilaire stwierdzili, iż narządy o budowie prostej, mało zawiłej i rozwijające się wcześniej, niż inne, podlegają najrzadziej zboczeniu rozwojowemu. Statystyka nowoczesna, dotycząca nieprawidłowości poszczególnych narządów układu moczowego, nie przeczy bynajmniej owemu prawidłu. Wiadomo, np., iż cewka moczowa rozwija się wcześniej, niż inne narządy moczowe; budowa cewki u kobiet jest mniej zawiła, niż budowa cewki męzkiej. A więc powinniśmy napotykać wady rozwojowe cewki,

---

[1]) Według odczytu, wygłoszonego d. 21 listopada 1911 r. na posiedzeniu polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie.

wedle prawidła wspomnianego, nie tak często, jak wady innych narządów moczowych i znacznie rzadziej u kobiet, niż u mężczyzn. I tak jest w rzeczywistości. Nierównie częściej spotykamy nieprawidłowości narządów, dochodzących do zupełnego rozwoju w okresie późniejszym, niż cewka, a więc — pęcherza moczowego, moczowodów, a zwłaszcza nerek, które, oprócz zawiłej budowy wewnętrznej, podlegają w okresie zarodkowym przemieszczeniu na dosyć znaczną odległość.

Co do przyczyny pochodzenia wad wrodzonych układu moczowego, nie możemy dotychczas poszczycić się dokładną znajomością tej sprawy. Dowodem tego służy szereg różnorodnych teoryi, o których niżej będzie mowa. Najczęściej przypuszczają wpływ nieznanych dotychczas czynników mechanicznych, stanowiących przeszkodę do prawidłowego rozwoju narządu, lub też nieprawidłowy zawiązek materyału zarodkowego; niekiedy tłómaczą nieprawidłowość, jako wynik sprawy zapalnej, która miała miejsce w okresie zarodkowym, lub też później, zawsze jednak przed urodzeniem płodu.

Wady rozwojowe cewki moczowej: zwężenie, zarośnięcie, rozszerzenie, brak zupełny, wierzchniactwo, spodziectwo, a także niektóre nieprawidłowości pęcherza moczowego, jako to: rozszczep (fissura), wynicowanie (ectopia), przetoka moczownika (fistula urachus), nie przedstawiają szczególnych trudności co do rozpoznań. Natomiast wady narządów moczowych, nie mających bezpośredniej łączności z powierzchnią ciała, i niedostępnych dla wzroku, dają się rozpoznać wyjątkowo rzadko. Składają się na to przyczyny następujące:

1. Wady rozwojowe wewnętrznych narządów moczowych w wielu przypadkach nie zdradzają w niczem swej obecności. Jeśli zaś stają się przyczyną pewnych stanów chorobowych, to w takim nawet razie nie dają objawów charakterystycznych; każdy objaw chorobowy może być wytłómaczony jakąś chorobą, nabytą po urodzeniu. Wobec względnej rzadkości wad układu moczowego — zwykle nie podejrzywa się ich wcale; wyjątek stanowią, naturalnie, przypadki, w których stwierdzona była poprzednio wada rozwojowa układu rodnego.

2. Kliniczne sposoby badania, mogące jedynie stwierdzić zmiany anatomiczne wewnętrznych narządów moczowych, są

zbyt mało rozpowszechnione i po części niedostępne nie tylko dla większości lekarzy, ale i dla wielu zakładów leczniczych.

3. Niektóre przypadki wad wrodzonych nie mogą być rozpoznane bez zabiegu chirurgicznego, pomimo zastosowania nowoczesnych sposobów badania.

Dzięki takiemu stanowi rzeczy dziwić się nie należy, iż tak często napotykamy w piśmiennictwie opisy nieprawidłowości układu moczowego, stwierdzonych przypadkowo w czasie operacyi lub na stole sekcyjnym.

W sprawie rozpoznania wad narządów moczowych wewnętrznych najważniejszą rolę odgrywa endoskopia. Za pomocą wziernika pęcherzowego mamy możność przedewszystkiem dokładnego obejrzenia wewnętrznych ścian pęcherza i ujść moczowodów, oraz wyjaśnienia wszelkich zmian anatomicznych, dotyczących tych narządów; prócz tego stwierdzamy, czy i w jaki sposób wydziela się mocz z każdego moczowodu z osobna. Na podstawie tych oględzin możemy wyprowadzać pewne wnioski co do stanu czynnościowego nerek. W celu sprawdzenia drożności moczowodów stosuje się cewnikowanie, lub chromocystoskopia [1]. Za pomocą cewnikowania moczowodów określa się także ich długość [2]. Znaczne skrócenie moczowodu dowodzi wrodzonej nieprawidłowości położenia nerki (dystopia renis) [3]. Mierzenie długości moczowodów przyczyniało się niekiedy do rozpoznania nerki miedniczej.

---

[1]) Przed wstawieniem do pęcherza wziernika wstrzykuje się do mięśni pośladków 20 cm. sz. ciepłego 0,4% rozczynu karminu indygowego (Natr. indigosulfurici puriss.). Wielce dogodne do użycia są kruszanki fabryki Brückner, Lampe et Co, zawierające po 0,08 karminu indygowego oraz 0,1 soli kuchennej. Mocz, wydzielający się z nerek, nb. prawidłowych pod względem zdolności czynnościowej, barwi się po 5 — 10 minutach po wstrzyknięciu barwnika na ciemnobłękitny kolor.

[2]) Prawidłowa długość moczowodów wynosi około 28 cm.; u kobiet lewy moczowód jest zwykle nieco dłuższy, niż prawy.

[3]) W przypadkach nabytego przemieszczenia nerki, t. zw. nerki wędrującej, moczowód może być kolankowato zgięty, lecz nigdy nie podlega skróceniu. Długość całego moczowodu określa się tylko w takim razie, gdy mamy pewność, iż okienko cewnika dosięgło miedniczki nerkowej. Gdy to nastąpi, mocz zaczyna wydzielać się z cewnika kroplami w różnych odstępach czasu, według „typu miedniczkowego".

Jeśli nie znajdujemy w pęcherzu żadnych zboczeń, i jeśli oba moczowody wydzielają mocz prawidłowo, to możemy przypuszczać, że w ustroju badanego osobnika znajdują się według wszelkiego prawdopodobieństwa — obie nerki; twierdzić jednak tego napewno nie mamy prawa. W piśmiennictwie [1]) znajdujemy opisy przypadków, wprawdzie bardzo rzadkich, w których, pomimo braku jednej nerki, stwierdzone były w pęcherzu, za pomocą wziernika, oba ujścia moczowodów, umieszczone w zwykłem miejscu, i wydzielające mocz w sposób prawidłowy. Zajmujący przypadek tego rodzaju opisał Stoeckel. Młody żołnierz uskarżał się na silne bóle napadowe „w okolicy prawej nerki". Próbne cięcie w owem miejscu wykazało zupełny brak nerki prawej. Po operacyi zbadał Stoeckel chorego za pomocą wziernika. W pęcherzu moczowym nie znaleziono żadnych zmian, któreby wskazywały na nieprawidłowość nerek; oba ujścia moczowodów znajdowały się na zwykłem miejscu i wydzielały mocz przezroczysty. Wkrótce potem chory zmarł nagle wskutek nieszczęśliwego wypadku: został przejechany przez pociąg. Oględziny pośmiertne stwierdziły z lewej strony jedną nerkę z dwiema miedniczkami i dwoma moczowodami.

Rzecz oczywista, iż w przypadku, podobnym do opisanego, endoskopia nie jest w stanie wykryć nieprawidłowości nerek. Za pomocą cewnikowania moczowodów również nie udałoby się wykazać, czy moczowody rozchodzą się ponad pęcherzem w różne strony, t j. na prawo i na lewo do nerek prawidłowo umieszczonych, czy też idą równolegle w jednym kierunku, i łączą się z jedną nerką o dwóch miedniczkach, z tak zwaną nerką podkowiastą (ren concretus). O sposobie rozpoznania tej wady rozwojowej pomówimy później.

Jeśli, badając za pomocą wziernika, nie znajdujemy ujścia moczowodu w miejscu zwykłem, należy pamiętać, iż może ono być przemieszczone w kierunku cewki moczowej. Spostrzegłem w paru przypadkach ujście jednego moczowodu tuż obok zwie-

[1]) Cathelin. Le rein ectopique croisé. Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1903, str. 1761. Stoeckel. Die Cystoskopie der Gynaekologen. 1904, str. 260. Cholcow. Riedkij słuczaj anomalii poczki. Pierekrestnaja distopia. Russkij Wracz. 1907, № 34.

racza pęcherza; ujście drugiego moczowodu było umieszczone prawidłowo. Moczowód może wychodzić po za obręb pęcherza i łączyć się z cewką moczową, odbytnicą, sromem lub z powierzchnią powłoki brzusznej. Takie nieprawidłowości zdarzają się nader rzadko.

W razie braku jednego ujścia moczowodu [1]) zwykle bywa także wrodzony brak odpowiedniej nerki. Niekiedy znajdowano rozgałęzienie moczowodu na pewnej wysokości ponad pęcherzem moczowym. Knorr [2]) przytacza spostrzeżenie Wulffa, który stwierdził podczas operacyi podzielenie się moczowodu—na wysokości 5 cm. ponad pęcherzem—na dwie gałęzie, z których jedna łączyła się ze zdrową częścią nerki, a druga jej odcinkiem zropiałym.

W razie, gdybyśmy stwierdzili za pomocą wziernika po poprzedniem zabarwieniu moczu i cewnikowaniu, że z jednego uścia moczowodu nie wydziela się wcale mocz w ciągu dłuższego czasu, to mamy prawo, po wyłączeniu wszelkich możliwych zmian chorobowych nabytych: zgięcia kolankowatego moczowodu, uciśnięcia tegoż, zatkania wskutek złogów, nowotworu i t. d., przypuszczać rozwój szczątkowy moczowodu oraz wrodzony zanik nerki [3]).

Wrodzone zwężenie ujść moczowodów rozpoznaje się badaniem wziernikiem dosyć łatwo. Taka wada rozwojowa zdarza się niezbyt rzadko, i prowadzi nieraz do poważnych zaburzeń: zapalenia miedniczek i nerek. Wskutek utrudnionego odpływu moczu następuje zwykle znaczne rozszerzenie moczowodu, szczególnie — jego dolnego odcinka tuż ponad miejscem

[1]) Dla uniknięcia możliwej omyłki w rozpoznaniu, bezwarunkowo należy wykonać badanie kontrolujące za pomocą zabarwienia moczu (chromocystoskopii).

[2]) Die Cystoskopie und Urethroskopie beim Weibe. 1908, str.

[3]) Taki przypadek spostrzegałem niedawno u położnicy. Prawa nerka była powiększona i nieco bolesna, lewa nie wyczuwała się. Mocz zawierał 2,6‰ białka, znaczną ilość ciałek ropnych, erytrocytów i wałeczków szklistych. Za pomocą cewnikowania moczowodów stwierdziłem zapalenie nerki i miedniczki prawej. Lewa nerka nie wydzielała wcale moczu. Cewnik był wstawiany do lewej miedniczki 2 razy i pozostawał w niej w ciągu godziny; nie otrzymano ani kropli moczu. Chora wyzdrowiała.

zwężonem. Dolny odcinek moczowodu wypukla się w kierunku jamy pęcherza nakształt brodawki, lub guza o szerokiej szypule. W zależności od ruchów robaczkowych moczowodu i okresowych zmian ciśnienia płynu, wypuklenia tego rodzaju zmieniają się często pod względem kształtu i objętości. Podobne wypuklenia moczowodów w pęcherzu moczowym spostrzegano także wobec wrodzonego braku otworu, łączącego moczowód z pęcherzem. Niejednokrotnie widziano wypadnięcie rozszerzonego odcinka moczowodu przez cewkę moczową na zewnątrz [1]).

Jeśli znajdujemy w pęcherzu ujście moczowodu nadliczbowego, to zwykle mamy do czynienia nie tylko z moczowodem dodatkowym, ale także z miedniczką nerkową dodatkową; niekiedy znajdowano trzecią nerkę. Ujście moczowodu, łączącego się z miedniczką wyżej położoną, mieści się w pęcherzu moczowym zawsze bliżej płaszczyzny pośrodkowej (R. Meyer). Bardzo rzadko zdarza się, by moczowód dodatkowy kończył się ślepo, lub łączył się z innym moczowodem.

Oto są najczęściej napotykane wady wrodzone układu moczowego. Nadmienić należy, iż nieprawidłowości nerek i moczowodów bywają często powikłane rozmaitemi chorobami nabytemi — wodo- lub roponerczem, kamicą, nowotworami i t. d.

Z przytoczonego powyżej krótkiego zestawienia faktów, świadczących o doniosłem znaczeniu endoskopii i cewnikowania moczowodów w sprawie rozpoznania wad rozwojowych układu moczowego, przekonaliśmy się jednak, iż wzmiankowane sposoby badania nie zawsze dać mogą wyniki bezwzględnie pewne, szczególnie, gdy chodzi o sprawę, wymagającą ścisłej odpowiedzi na pytanie, czy u danego osobnika znajdują się obie nerki, prawidłowo umieszczone, czy też tylko jedna nerka o dwóch miedniczkach. Mylne rozpoznanie zdarzyć się może wprawdzie, jak omawialiśmy wyżej, wyjątkowo rzadko, pomimo to jednak z taką okolicznością liczyć się bezwarunkowo musimy, zwłaszcza w przypadkach, w których wskazany jest zabieg chirurgiczny, mający na celu usunięcie jednej nerki. Gdy więc, chodzi o dokładne oryentowanie się w położeniu nerek, lub też

[1]) Pietkiewicz. Przegląd chirurg. i ginekolog. 1910, t. II, z. III i 1911 t. IV, z. II. Zeitschrift für gynaekol. Urologie. 1911, t II, № 5.

o wyjaśnienie jakiejś innej zawiłej sprawy, należy oprócz wziernika i cewnikowania moczowodów posługiwać się jeszcze promieniami Röntgena (Ureterografia i Pyelografia). Voelcker [1]) i Lichtenberg zalecają następujący sposób postępowania: Po poprzedniem wstrzyknięciu podskórnem morfiny, wprowadza się do moczowodu cewnik, i posuwa się do miedniczki nerkowej. Następnie wstrzykuje się przez cewnik 5°/₀ ciepły rozczyn kollargolu, którym wypełnia się miedniczkę i moczowód. Oświetlanie promieniami Röntgena trwa 2 minuty. W ten sposób otrzymuje się dokładne zdjęcie miedniczki i moczowodu, które wyjaśnia topografię owych organów, oraz rozmiary ich światła, obecność uchyłków i t. d.

Kolischer, Löwenhard i inni wykonywali zdjęcie rentgenograficzne po poprzedniem wprowadzeniu do moczowodu cewnika, zaopatrzonego w przetyczkę ołowianą. Ten sposób okazał się mniej praktycznym, niż poprzednio opisany. Ostatnimi czasy polecają Lichtenberg i Dieslen [2]), szczególnie w celu rozpoznania kamieni nerkowych, wypełnienie miedniczki i moczowodu tlenem, co daje zupełnie wyraźne obrazy po oświetlaniu promieniami Röntgena.

Wymienione tu sposoby badania mogą przyczynić się niezawodnie jeśli nie do rozpoznania wszystkich bez wyjątku wad rozwojowych układu moczowego, to przynajmniej do uniknięcia w przyszłości fatalnych wydarzań, jakie nieraz miały miejsce, gdy usuwano z ustroju nerkę, nie podejrzewając wrodzonego braku drugiej nerki.

* * *

W ciągu ostatnich 6 lat spostrzegaliśmy w oddziale ginekologicznym szpitala miejskiego w Kijowie, na materyale stosunkowo niewielkim (28 łóżek) następujące wady rozwojowe układu moczowego: cewki moczowej raz 1 (wierzchniactwo),

[1]) Diagnose der chirurg. Nierenerkrankungen unter Verwerthung der Chromocystoskopie. 1906, str. 186. — Knorr. l. c. str. 114. — I. W. Thomson Walker. Lancet, 17 czerwca 1911.

[2]) Die Darstellung des Nierenbeckens und Ureters im Röntgenbilde nach Sauerstoffüllung. Münch. Med. Wochenschr. 1911, № 25.

pęcherza moczowego raz 1 (wynicowanie) [1]), moczowodów 2 razy (zwężenie ujść i torbiele w wylocie pęcherzowym) i nerek 2 razy (nerki miednicze). W tym samym okresie czasu spostrzegałem w praktyce prywatnej: uchyłek wrodzony pęcherza moczowego raz 1, moczowody dodatkowe 2 razy, zwężenie ujść moczowodowych raz 1, zanik wrodzony jednej nerki raz 1 i nerkę miedniczą raz 1 [2]). Wszystkie te przypadki, dotyczące wyłącznie kobiet, były rozpoznane za życia.

Teraz przystępuję do opisu szczegółowego niektórych przypadków, zasługujących, według mego zdania, na szczególniejszą uwagę.

I. Wierzchniactwo (epispadias).

(№ 1665). Dnia 12 czerwca 1906 r. zgłosiła się do szpitala 15-letnia włościanka gub. Kijowskiej A. Z., wskazując na niemożność zatrzymania moczu, i silne boleści w podbrzuszu. O ile pamięta, nigdy nie była w stanie zatrzymywać mocz czas dłuższy; mocz wydziela się bezustannie we dnie i w nocy w czasie snu. Ostatnimi czasy powiększyła się bolesność w okolicy podbrzusza. 5 lat temu przebyła tyfus, innych chorób nie pamięta. Miesiączkuje od 3 lat, prawidłowo, bez szczególnych dolegliwości; czasem opóźnia się na 1—2 tygodnie.

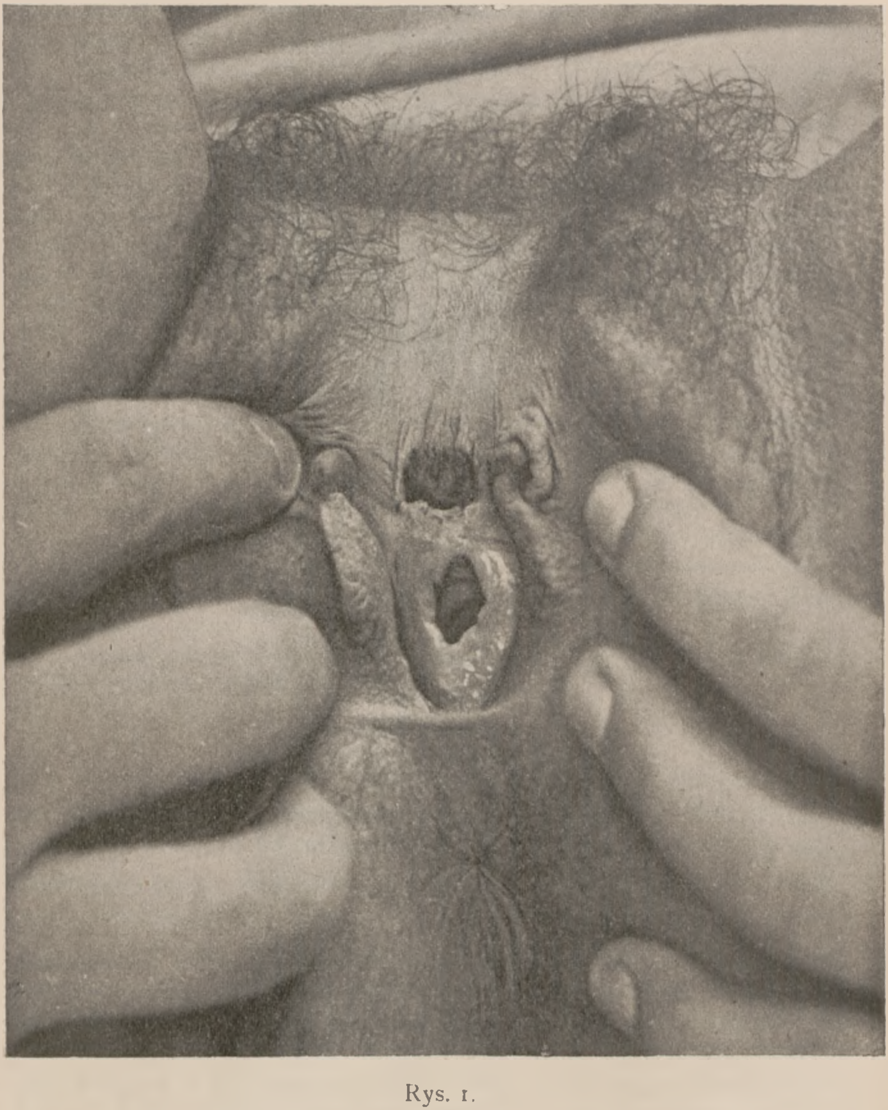
Chora średniego wzrostu. Kościec prawidłowy; odżywianie umiarkowane. W sercu, płucach i trzewach brzusznych nie znaleziono zmian szczególnych. Gruczoły sutkowe dobrze rozwinięte; brodawki prawidłowe. Miednica symetryczna. W okolicy spojenia łonowego rozszczepu niema. Wymiary miednicy: dist. spin. ant. sup. 26; crist. oss. ilei 29; trochant. 31 cent.; sprzężna zewnętrzna 16 cent.

Narządy rodne (p. rys. 1, podług fotografii z natury): Wzgórek łonowy w części środkowej spłaszczony wskutek braku tkanki tłuszczowej podskórnej. Zarost prawidłowy tylko w części górnej (ponad spojeniem łonowem) i po obu stronach; w środkowej zaś części, przylegającej do kości łonowych, uwłosienia niema. Skóra powyżej szpary sromowej gładka, lśniąca, scieńczała, dość ściśle połączona ze spojeniem łonowem. W miejscu, gdzie powinna znajdować się łechtaczka, widać szeroki, ziejący otwór. Jest to ujście zewnętrzne cewki moczowej, nadmiernie rozszerzonej. Ściany cewki są wiotkie i pomarszczone, tworzą z przodu i z obu stron bocznych dość duże fałdy podłużne. Ujście cewki przepuszcza bez przeszkody palec wska-

[1]) Ten przypadek będzie opisany przez dra A. Gilczera.

[2]) Operował doc. G. Pisiemskij.

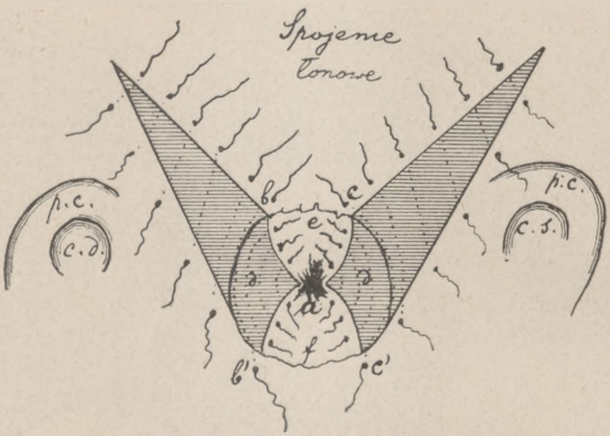
zujący. W głębi przewodu moczowego wyczuwa się mięsień okrężny, mocno skurczony; palca nie przepuszcza do wnętrza pęcherza. Długość prze-



Rys. 1.

dniej ściany cewki wynosi 2 cm., tylnej 2,5 cm. Przednia ściana cewki przylega na przestrzeni prawie $^3/_4$ długości dość ściśle do kości łonowych. Mocz mętny, cuchnący, wydziela się z cewki bezustannie małymi strumieniami.

Z obu stron cewki, na odległości 1 cm. od jej brzegów, mieszczą się rozszczepione części łechtaczki. Każda połowa łechtaczki składa się z ciała jamistego, zakończonego główką dość znacznych rozmiarów. Wargi sromo-



Rys. 2.

a — zwieracz pęcherza moczowego
dd — ściany boczne cewki
e — przednia ściana cewki
f — tylna ściana cewki
c . d — prawa połowa łechtaczki
c . s — lewa połowa łechtaczki
p . c — napletek łechtaczki.
Róg rany *b* został zeszyty z *b'*
" " *c* " " z *c'*.

we mniejsze — dobrze rozwinięte, szeroko odstają od siebie, i tworzą napletki ponad każdą połową łechtaczki. Wargi większe — z przodu — również odstają od siebie szeroko, z tyłu zaś — zbliżają się ku sobie i łączą się w sposób prawidłowy. Błona dziewicza dość jędrna, mięsista, kształtu szerokiego pierścienia o dużym otworze owalnym, przez który widać dokładnie rzędy marszczek przedniej ściany pochwowej. Otwór błony dziewiczej palca nie przepuszcza. Badanie przez odbytnicę wykazało: macica prawidłowa pod względem objętości i ukształtowania, pochylona ku tyłowi i wprawo; jajowody i jajniki bez zmian szczególnych. Krocze i odbyt pra-

widłowe. Wargi sromowe, krocze i powierzchnie ud pokryte pryszczycą i czyrakami.

Pęcherz moczowy jest w stanie zmieścić zaledwie 80 gramów płynu. Badanie wziernikiem: błona śluzowa pęcherza przekrwiona, miejscami pokryta płatkami śluzu. Trójkąt Lieutauda symetryczny. Ujścia moczowodów prawidłowe, wydzielają mocz przezroczysty.

Leczenie: kąpiele ciepłe, irygacye pochwy; wewnątrz—urotropina. Codzienne przemywania pęcherza 2% rozczynem kwasu borowego.

D. 24 czerwca. Objawy nieżytu pęcherza znikły. Moczociek trwa w dalszym ciągu bez najmniejszej zmiany.

Operacya d. 26 czerwca. Uśpienie chloroformowe. Z obu ścian bocznych cewki, na przestrzeni całej długości, wyciąłem po jednym dużym klinie błony śluzowej. Następnie odświeżyłem z obu stron zewnętrznego ujścia cewki dwa trójkąty. Szczyty trójkątów sięgały powyżej napletka łechtaczki, a szerokie podstawy łączyły się z poprzednio wyciętymi płatami ze ścian cewki (p. rys. 2). Na powierzchnie ran nałożyłem szwy węzełkowe, szyjąc od góry ku dołowi i ukośnie na zewnątrz. Ściany cewki zeszyłem struną, rany zewnętrzne jedwabiem. Cewnik na stałe.

D. 30 czerwca. Usunięto szwy zewnętrzne. Rany zagoiły się częścią doraźnie, częścią — przez ziarninowanie. Po usunięciu cewnika chora zatrzymuje mocz w ciągu 3—4 godzin; oddaje mocz dowolnie, bez bólu. Podkład suchy nawet w czasie snu. Ujście cewki ma wygląd prawidłowy, mieści się wysoko, tuż koło spojenia łonowego. Chora zadowolona ze stanu swego, nie zgodziła się na powtórną operacyę, która miała na celu zeszycie przepołowionej łechtaczki oraz wytworzenie przedniego spojenia sromu. D. 2 lipca opuściła szpital.

O dalszym losie operowanej wiadomości nie miałem pomimo zalecenia, by zgłosiła się do szpitala po kilku miesiącach.

Przypadek opisany przedstawia nieznienie rzadką postać wierzchniactwa. O możliwości takiej wady rozwojowej wątpili niektórzy badacze (Picardt, Guyon, Winkel) do niedawnego stosunkowo czasu. Rozszczep łechtaczki i przemieszczenie cewki moczowej ku górze, obok skrócenia jej ściany przedniej—są to cechy znamienne wierzchniactwa drugiego stopnia, według klasyfikacyi dziś ogólnie przyjętej. Durand nazywa tę postać wierzchniactwa — épispadias soussymphysaire.

W celu wyjaśnienia przyczyny moczocieku w tym przypadku należy przypomnieć sobie, jakie warunki umożliwiają prawidłowe zatrzymanie moczu w pęcherzu moczowym. Dokładną znajomość anatomii cewki moczowej zawdzięczamy badaniom Luschki, Uffelmanna, Winkela, szczególnie zaś — now-

szym pracom Kalischera i Zangemeistera. Cewka kobiety jest to rurka krótka, o nieznacznem wygięciu łukowem ku tyłowi. Długość cewki wynosi przeciętnie około 3,5 cm. (od 2,5 do 5 cm., u starych osobników do 7 cm.). W stanie nierozszerzonym śluzówka cewki tworzy fałdy podłużne, ściśle do siebie przylegające; ujście zewnętrzne jest zamknięte. W pozycyi stojącej kobiety cewka przebiega prawie pionowo, w leżącej—poziomo. Pod względem budowy cewka kobiety odpowiada t. zw. błoniastej, czyli mięśniowej części cewki męskiej; zawiera dużo włókien sprężystych, oraz bardzo znaczną ilość tkanki mięśniowej zarówno prążkowanej, jak i gładkiej. Włókna mięśniowe prążkowane pochodzą z układu mięśniowego miednicy, mianowicie z t. zw. zwieracza moczowopłciowego (sphincter urogenitalis). Przednia część włókien prążkowanych tego układu otacza cewkę moczową wspólnie z pochwą, tylna zaś część — bliżej pęcherza moczowego położona — okrąża wyłącznie tylko cewkę. Włókna prążkowane są zależne od woli osobnika, i odgrywają rolę mechanizmu dodatkowego. Stale zaś czynne są wyłącznie włókna mięśniowe gładkie. Przednia część cewki posiada włókna gładkie, które przechodzą także i na pochwę. Mniej więcej od połowy cewki włókna mięśniowe gładkie, zawarte w ścianach cewki, zanurzają się w przegrodę cewkowopochwową i okrążają tylną część cewki nakształt pierścienia. Tuż w pobliżu pęcherza ilość włókien gładkich zwiększa się znacznie, szczególnie w obrębie tylnej ściany cewki; stąd idą włókna mięśniowe w kierunku ukośnym ku trójkątowi pęcherzowemu („sphincter trigonalis“). Zaznaczyć należy, iż włókna gładkie, umieszczone na tym samym poziomie (wokoło ujścia pęcherza) z przodu cewki, pochodzą od układu mięśniowego pęcherza, i nie łączą się bezpośrednio z włóknami mięśniowemi cewki. Dzięki ukośnemu ułożeniu włókien mięśniowych cewki, skurcz ich wywołuje, oprócz zwężenia światła cewki, także przesuwanie się przedniej ściany cewki w kierunku ku pęcherzowi. Należy także zwrócić uwagę na to, iż cewka przenika przez ścianę pęcherza w kierunku ukośnym. Ta okoliczność ma doniosłe znaczenie, gdyż ułatwia tem skuteczniej narządowi mięśniowemu cewki stawienie oporu ciśnieniu płynu, zawartego w jamie pęcherza.

Porównajmy teraz opis budowy cewki prawidłowej z tem, cośmy widzieli u naszej pacyentki. Przednia część cewki była niezmiernie rozszerzona o ścianach wiotkich, nie posiadających ani sprężystości, ani zdolności do kurczenia się. Ściana, przylegająca do spojenia łonowego, była skrócona i składała się — na przestrzeni mniej więcej $^3/_4$ długości cewki—wyłącznie z błony śluzowej. Mieliśmy więc tutaj zupełny brak (rozszczep) mięśni zarówno gładkich, jak i prążkowanych. W ścianach cewki bocznych i tylnej nie było powodu przypuszczać braku włókien mięśniowych, prawdopodobnie jednak były one w stanie zaniku wskutek bezczynności. Tylko w głębi cewki, w miejscu połączenia się jej z pęcherzem moczowym, znaleźliśmy niezbyt szeroki odcinek mięśni okrężnych, dobrze skurczonych. Z całego więc dość zawiłego mechanizmu cewki pozostał jedynie nieuszkodzony mięsień okrężny, zwany „zwieraczem pęcherza", który, nie mając należytej podpory ze strony tkanek otaczających, nie był w stanie, jak przekonaliśmy się, spełniać skutecznie zadania swego.

W celu usunięcia moczocieku wykonałem zwężenie światła cewki na całej jej przestrzeni. W podobnym przypadku, dotyczącym 6-letniej dziewczynki, cierpiącej od urodzenia na niemożność zatrzymania moczu, Richelot osiągnął stały wynik pomyślny po zwykłem odświeżeniu przedniej ściany cewki w kierunku podłużnym i zeszyciu powierzchni rany. Sposób Richelota wydał mi się nieodpowiednim do zastosowania u mojej pacyentki wobec tego, iż u niej należało usunąć śluzówkę na przestrzeni przeszło $^3/_4$ obwodu cewki. Wolałem więc wyciąć z obu ścian bocznych po jednym dużym klinie i przyszyć odświeżone brzegi tylnej ściany cewki do przedniej. Miałem przytem nadzieję, że, przemieszczając w ten sposób ujście zewnętrzne cewki ku górze, będę mógł osiągnąć chociaż nieznaczne zgięcie przewodu w okolicy łuku łonowego. Wobec niepewności, czy zabieg chirurgiczny, który postanowiłem wykonać, usunie doszczętnie moczociek, o co przedewszystkiem chodziło, nie miałem na razie zamiaru zeszycia rozszczepionej łechtaczki i warg sromnych większych. Bezpośredni wynik operacyi był zupełnie zadawalający. Na dodatkową operacyę chora nie zgodziła się, uważając ją za zbyteczną.

Wobec braku wiadomości o dalszym losie operowanej nie mogę twierdzić stanowczo, czy moczociek został usunięty zupełnie, czy też tylko czasowo. Jeśli przypuścimy pierwszą okoliczność, to można spodziewać się także, iż z biegiem czasu, wskutek ćwiczeń i przystosowania się pęcherza moczowego, zwiększyła się objętość jego i chora zatrzymuje mocz znacznie dłużej, niż w okresie pooperacyjnym.

* *
*

Wierzchniactwo, zarówno jak i inne wady rozwojowe cewki moczowej, napotyka się u kobiet znacznie rzadziej, niż u mężczyzn. W 1863 r. prof. Guyon twierdził: „l'épispadias, pas plus que l'hypospodias, ne peut être observé chez la femme“. A jednak po 18 latach w klinice tegoż uczonego był spostrzegany niewątpliwy, według jego zdania, przypadek wierzchniactwa u 27-letniej dziewczyny (Personnelle i Nunez). Winkel wyrażał powątpiewanie co do możliwości istnienia niepowikłanej postaci wierzchniactwa u kobiet jeszcze w 1885 roku, i zaliczał przypadki, dotąd spostrzegane, do rzędu wad rozwojowych pęcherza moczowego (fissura vesicae inferior).

Charakterystyczną cechą wierzchniactwa jest skrócenie, lub też brak zupełny przedniej ściany cewki moczowej. Durand opisuje zmiany anatomiczne, właściwe wierzchniactwu, w ten sposób: 1) cewka moczowa mieści się powyżej łechtaczki; 2) przednia ściana cewki jest skróconą w większym lub mniejszym stopniu. Przednia ściana pęcherza moczowego powinna być zachowana w całości; w przeciwnym razie wada rozwojowa nosi nazwę: wynicowanie pęcherza (exstrophia).

Inni autorowie używają nazwy „wierzchniactwa“ jako określenie zbiorowe całego szeregu pokrewnych z sobą pod względem genetycznym wad rozwojowych, a więc nietylko cewki, ale także innych organów, mieszczących się powyżej cewki moczowej; do tej grupy wad zaliczają: rozszczep łechtaczki, przemieszczenie cewki moczowej ku górze — w kierunku ku spojeniu łonowemu, skrócenie lub brak zupełny przedniej ściany cewki, i wreszcie połączony z zupełnym brakiem przedniej ściany cewki—rozszczep pęcherza, spojenia łonowego, oraz dolnej części powłok brzusznych.

Guyon i Nagel rozróżniają 4 stopnie wierzchniactwa:

1 stopień. Ciała jamiste łechtaczki są przepołowione; cewka moczowa żadnej zmiany w budowie nie wykazuje, jest tylko przemieszczona ku górze.

2 stopień. Oprócz rozszczepu łechtaczki i przemieszczenia cewki — częściowy brak przedniej ściany cewki moczowej.

3 stopień. Oprócz rozszczepu łechtaczki i przemieszczenia cewki — brak zupełny przedniej ściany cewki moczowej; brak częściowy lub zupełny zwieracza pęcherza; śluzówka pęcherza moczowego może być wywinięta na zewnątrz.

4 stopień. Oprócz objawów wady rozwojowej trzeciego stopnia — rozszczep spojenia łonowego, a także powłok brzusznych, oraz pęcherza moczowego bez wynicowania, lub z wynicowaniem tegoż.

Wierzchniactwo pierwszego i drugiego stopnia zdarza się niezmiernie rzadko, natomiast przypadki, powikłane rozszczepem pęcherza i ściany brzusznej, napotykają się znacznie częściej. Möricke zebrał z piśmiennictwa w 1880 r. zaledwie 3 przypadki wierzchniactwa u kobiet, i przytacza prócz nich jedno własne spostrzeżenie. Rasch referował w 1887 r. o 20 i Gütschow w 1904 r. o 25 przypadkach. Powyżsi autorowie nie wspominają o całym szeregu przypadków, ogłoszonych w polskich i rosyjskich wydawnictwach lekarskich: przez Kosińskiego, Marsa, Sowastickiego, Tipiakowa, Pisiemskiego, Dranicyna i Muratowa. W ciągu ostatnich lat zostały opisane 4 nowe przypadki, spostrzegane przez Dobruckiego, v. Mayersbacha, Tellera i Cotte'a. A więc do chwili obecnej znalazłem w piśmiennictwie opisy 36 przypadków wierzchniactwa u kobiet [1]).

Mój przypadek, którego opis zamieściłem powyżej, jest 37-ym.

W Kijowie wierzchniactwo u kobiet było spostrzegane przedtem 3 razy.

[1]) Wśród polskich autorów spostrzegali i opisali wierzchniactwo u kobiet: Kosiński i Libchen, Mars, Wojciechowski i Dobrucki; u mężczyzn: Koniuszewski, Wasserzug, Stankiewicz, Monsiorski i Lenko. Jeśli przeoczyłem innych, nieznanych mi Autorów polskich, będę niezmiernie wdzięczny Autorom za łaskawe powiadomienie.

1. W 1890 r. leczyła się w klinice prof. G. Reina, a następnie w szpitalu miejskim 16 letnia dziewczyna Ch. S. z powodu niemożności zatrzymania moczu. Stwierdzono wierzchniactwo 2 stopnia. Stosowano galwanizacyę cewki, ale bez żadnego skutku. Chora wyjechała do Odesy i tam była operowana (Himmelfarb, p. niżej: Leczenie).

2. W 1900 r. na zebraniu miejscowego Towarzystwa położniczoginekologicznego przedstawił dr. G. Pisiemskij młodą dziewczynę, u której znaleziono następujące zmiany: łechtaczka była rozszczepiona na dwie równe części; przedniej ściany cewki moczowej nie było wcale; cewka przepuszczała palec do pęcherza moczowego. Błona dziewicza i wewnętrzne narządy płciowe były prawidłowe. Pisiemskij wykonał operacyę na cewce moczowej według sposobu Himmelfarba z wynikiem pomyślnym.

3. Trzeci przypadek, przedstawiony w tem samem Towarzystwie, był operowany i ogłoszony przez prof. A. Muratowa w 1902 r. U 18-letniej dziewczyny, która cierpiała od urodzenia na moczociek, stwierdzono wierzchniactwo, powikłane rozszczepem spojenia łonowego. Łechtaczka była przepołowiona. Cewka znajdowała się w zagłębieniu lejkowatem; tylnej i bocznych ścian nie było prawie wcale. W głębi cewki wyczuwał się zwieracz pęcherza moczowego. Narządy rodne bez zmian szczególnych. Muratow usunął moczociek za pomocą operacyi, o której niżej będzie mowa.

Przyczyny pochodzenia wierzchniactwa nie są dotychczas wyjaśnione. Wiemy tylko, iż rozszczep górny cewki powstaje w bardzo wczesnym okresie, a mianowicie w trzecim lub czwartym tygodniu życia zarodkowego. Wszelkie próby wyjaśnienia etyologii cierpienia mają znaczenie mniej lub więcej pomysłowych teoryi wobec faktu, iż w tak wczesnym okresie zarodkowym u człowieka niedostatecznie są znane warunki prawidłowego rozwoju. Bonn, Duncan, I. Müller, Rokitansky, Kaufmann, Ahlfeld i inni sądzili, iż rozszczep ścian cewki (wierzchniactwo i spodziectwo), oraz wynicowanie pęcherza moczowego tłómaczyć należy, jako wynik pęknięcia pierwotnego zbiornika moczowego (omoczni) z powodu przepełnienia moczem wobec zamknięcia przewodu, odprowadzającego mocz (kloaki). Jeśli

owa teorya (t. zw. Berstungstheorie) mogła wydawać się prawdopodobną dla wytłómaczenia wynicowania pęcherza moczowego, to bynajmniej nie jest w stanie wyjaśnić przyczyny pochodzenia wierzchniactwa wobec prawidłowego stanu pęcherza i całkowicie zachowanego zwieracza.

Inni autorowie uważają rozszczep górny cewki, jako wynik niedokształcenia (Hemmungsbildung) w okresie zarodkowym. Thiersch uzależniał pochodzenie wierzchniactwa od zbyt wczesnego wytwarzania się krocza, nim nastąpił zrost ciał jamistych łechtaczki i zamknięcie się spojenia łonowego. Ucisk, wywierany ze strony krocza, usuwa przewód moczopłciowy ku przodowi i utrudnia w ten sposób zrost łechtaczki, oraz zamknięcie się miednicy. W tych warunkach zrośnięcie się ich może nie nastąpić wcale, lub następuje w okresie późniejszym.

Vialetton i Durand tłómaczą pochodzenie wierzchniactwa niedokształceniem pierwotnej ściany brzusznej podpępkowej (paroi infra-ombilicale de l'abdomen), obok wytwarzania się zbyt szerokiego krocza (hypertrophie du bouchon cloacal du Tourneux). Keibel przypuszcza opóźnienie w rozwoju bocznych ścian brzucha i miednicy. Według Enderlena — przeważną rolę odgrywa ta błona odbytowa.

Reichel przypisuje pochodzenie wierzchniactwa oraz wynicowania pęcherza zaburzeniom w rozwoju brózdy pierwotnej (Primitivrinne). W warunkach prawidłowych brzegi brózdy zrastają się i tworzą smugę pierwotną (Primitivstreifen). Jeśli zaś zrost ich nie przychodzi do skutku na większej lub mniejszej przestrzeni, w odcinku, umieszczonym z tylnej strony błony odbytowej, w takim razie powstaje rozszczep pęcherza moczowego, spojenia łonowego i ściany brzusznej, lub też tylko łechtaczki i cewki moczowej [1]). Teorya Reichela znajduje obecnie, jak się zdaje, najwięcej zwolenników.

---

[1]) Dosłownie wypowiada Reichel swój pogląd w ten sposób: „Tritt nun bei diesem Verschmelzungsprocess der Ränder der Primitivrinne in dem hinter der Aftermembran gelegenen Stück, das sich später ventralwärts umbiegt und den ventralen Boden der Cloake abgiebt, eine Störung ein, so bleibt hier ein medianer Längsspalt bestehen oder es kommt höchstens zu einem Aneinanderliegen der Theile, einem Gebilde, das völlig der After-

Obraz kliniczny wierzchniactwa nie zawsze jest jednakowy, zależy bowiem od większego lub mniejszego stopnia wady rozwojowej. Przemieszczenie cewki ku górze nie bywa powikłane nieprawidłowością w oddawaniu moczu (przypadki Coustona, Rutherforda, Malgaignea i Fürsta); chora może nawet nie wiedzieć wcale o istnieniu wady cewki. W razie skrócenia przedniej ściany cewki notowano zwykle względną niemożność zatrzymania moczu, lub stały moczociek nawet w przypadku prawidłowo rozwiniętego zwieracza pęcherza moczowego. Przyczyna niedomogi mięśnia okrężnego zależy, jak sądzi Menge, od niedostatecznej ilości tkanek, podtrzymujących przednią część „szyi pęcherza". W przypadku częściowego lub zupełnego braku zwieracza, moczociek jest objawem stałym, również jak i w rozszczepie pęcherza; mocz wydziela się kroplami, lub małymi strumieniami, zwilżając bezustannie wargi sromowe i powierzchnie ud. Chore, nie zachowujące należytej czystości, rozprzestrzeniają nieznośną woń rozkładającego się moczu; na wargach sromowych, kroczu i udach tworzą się skorupy, owrzodzenia, wypryski i t. d. Przypadki rozszczepu cewki i pęcherza moczowego wikłają się bardzo często zapaleniem pęcherza, miedniczek nerkowych i nerek, skutkiem czego znaczny odsetek chorych umiera we wczesnym okresie życia.

Rozpoznanie wierzchniactwa nie przedstawia zwykle żadnych trudności. Brak zupełny, lub skrócenie przedniej ściany cewki moczowej obok rozszczepu łechtaczki dają o tyle charakterystyczny obraz choroby, że jest łatwo odróżnić go od innych zmian anatomicznych sromu, wynikłych, jako następstwo sprawy zapalnej, urazu, przymiotu i t. d.

Leczenie. Jeśli mamy do czynienia z wierzchniactwem pierwszego lub drugiego stopnia bez powikłania moczociekiem, leczenie samej wady rozwojowej jest zupełnie zbyteczne. Nawet wobec względnej niemożności zatrzymania moczu, t. j. wo-

---

membran homolog ist. Je nachdem diese Störung in der ganzen Länge des hinter der Aftermembran liegenden Theiles des Primitivstreifens oder nur an einer oder mehreren circumscripten Stellen desselben erfolgt, ensteht eine totale Blasen-Becken-Bauchspalte, oder nur Blasenspalte, oder nur eine Epispadie" i t. d.

bec mimowolnego wydzielania się moczu przy kaszlu, kichaniu, śmiechu, podnoszeniu ciężkich przedmiotów i t. d., nie należy przystępować zbyt pośpiesznie do operacyi, ponieważ zabiegi chirurgiczne w okolicy cewki i pęcherza, w razie niepowodzenia, pociągnąć mogą za sobą skutki wielce niepożądane. Jeśli zaś mamy objawy zupełnej niemożności zatrzymania moczu, w takim razie zabieg chirurgiczny staje się niezbędny. W celu usunięcia moczocieku stosują szereg rozmaitych, po części zawiłych operacyi. Wybór zabiegu zależy, naturalnie, od właściwości danego przypadku. Jeśli zwieracz pęcherza jest zachowany, zadanie chirurga polega na wytworzeniu brakujących części cewki, lub zwężeniu światła i przedłużeniu istniejących ścian. Przy częściowym, lub zupełnym braku zwieracza pęcherza stosowano sposoby wielce pomysłowe, polegające na wytworzeniu w cewce moczowej rodzaju zastawki lub przegrody mechanicznej, powstrzymującej mimowolne wydzielanie się moczu, bądź za pomocą zgięcia cewki w okolicy łuku łonowego, bądź skręcenia jej wokoło własnej osi podłużnej. Rozszczepione części łechtaczki i warg sromowych większych zeszywano ponad nowowytworzoną cewką; po takim zabiegu przybierały zewnętrzne narządy rodne wygląd zupełnie prawidłowy.

Ponieważ leczenie wierzchniactwa polega prawie wyłącznie na zabiegu, skierowanym ku usunięciu moczocieku, sądzę, iż wolno mi będzie zestawić w krótkiem streszczeniu sposoby operacyi, wykonywanych nie tylko w wierzchniactwie, lecz także w innych cierpieniach cewki, powikłanych moczociekiem. Pomijam tu sposoby leczenia rozszczepu pęcherza, jako powikłania wierzchniactwa 4 stopnia, ponieważ one nie różnią się od operacyi, opisywanych w leczeniu wynicowania pęcherza.

W celu zwężenia i wydłużenia cewki moczowej, oraz wytworzenia ścian brakujących, wycinano płaty śluzówki z przedniej lub bocznych ścian cewki, lub też z najbliższego jej otoczenia; powierzchnie ran zeszywano za pomocą szwów, które nakładały się w kierunku poprzecznym lub ukośnym. W taki sposób operowali Dohrn, Schroeder, Richelot, Gottschalk, Roser i Frommel. Durand radzi w celu zwężenia cewki rozszczepić przegrodę cewkowopochwową w kierunku poprzecznym, dodać 2 cięcia podłużne z obu stron cewki, żeby otrzymać ranę

kształtu litery H według typu operacyi Lawson Taita na kroczu, i zeszyć powierzchnię rany poprzecznymi szwami. Dranicyn wykonał w przypadku wierzchniactwa cięcie nakształt podkowy, okrążając ujście cewki u dołu i z obu stron; ranę zeszył w kierunku poprzecznym szwem piętrowym. Takiż sposób był stosowany wcześniej przez D. Otta i B. Schultzego z pomyślnym wynikiem w przypadkach zniszczenia ścian cewki w czasie porodu. Frank, Winkel i Engström radzili wyciąć klin z przegrody cewkowopochowej na całej przestrzeni pomiędzy pęcherzem i zewnętrznem ujściem cewki, i zeszyć brzegi ran. Muratow wykonał w przypadku wierzchniactwa, przy braku prawie zupełnym ścian cewki, operacyę, polegającą na zeszyciu obu połów łechtaczki, przednich części warg sromowych mniejszych, oraz przedniego odcinka błony dziewiczej, rozszczepionej poprzednio według sposobu Lawson Taita, stosowanego w operacyach pęknięcia krocza. W ten sposób wytworzył Muratow przewód moczowy nakształt cewki męzkiej długości 3,5 cm.; po 7 dniach zeszył przednią część warg sromowych większych; wynik operacyi był zupełnie pomyślny. W przypadku znacznego rozszerzenia cewki oddzielił Fritsch cewkę moczową od kości łonowych i wyciął pasek śluzówki na całej przestrzeni przedniej ściany cewki; rany zeszył. B. Schultze wyciął jeden klin z tylnej ściany szyi pęcherza, a drugi z górnej części cewki i zeszył powierzchnie ran. Pawlik, Möricke, Pozzi i Auffret dążyli ku temu, by za pomocą zgięcia cewki około spojenia łonowego wywrzeć ucisk przedniej ściany cewki na tylną, i w ten sposób wytworzyć rodzaj przegrody w przewodzie moczowym. Taką myślą przewodnią posługiwał się również Himmelfarb w przypadku wierzchniactwa o bardzo krótkiej i głęboko pod spojeniem łonowem umieszczonej cewce moczowej. Himmelfarb operował w sposób następujący: Z obu stron cewki odpreparował po jednym płacie półksiężycowatym i odchylił nakształt rękawka; powierzchnie ran zeszył w podłużnym kierunku, od góry ku dołowi. Następnie wyciął ze strony pochwy — w okolicy szyi pęcherza i górnego odcinka cewki — płat owalny, sięgający prawie do śluzówki cewki moczowej, i zeszył brzegi rany; wreszcie wyciął pomiędzy spojeniem łonowem i przednią ścianą cewki szeroki łukowatej formy płat, którego końce okrążyły cewkę z boków prawie do ściany tylnej; szwy były nałożone

w kierunku podłużnym, od góry ku dołowi W ten sposób zewnętrzne ujście cewki zostało przemieszczone do samego spojenia łonowego. Prócz tego zeszył K. przednie części warg sromowych większych i mniejszych. Wynik operacyi był bardzo dobry.

Gersuny oddziela cewkę moczową w całej długości, okręca ją wokoło osi podłużnej o 180 i więcej stopni, i przyszywa do tkanek otaczających. Ten sposób operowania znalazł dość licznych zwolenników i daje nieraz wyniki pomyślne w przypadkach niemożności zatrzymania moczu rozmaitego pochodzenia.

Wojciechowski wykonał w 1898 r. w klinice prof. Jordana następującą operacyę w przypadku wierzchniactwa, powikłanego brakiem zwieracza pęcherza: Odpreparowawszy całą cewkę aż do pęcherza, wyciął z jej obu ścian po jednym klinie; następnie okręcił cewkę około jej osi o 90^0 i przemieścił ujście zewnętrzne ku górze, t. j. ku przedniej powierzchni spojenia łonowego. Wynik operacyi był zupełnie zadawalający. Chora, która cierpiała od urodzenia na moczociek, była w stanie po operacyi zatrzymywać mocz w ciągu 4 — 5 godzin i oddawała naraz po 200 — 400 gramów.

Przytoczone tu w krótkości opisy rozmaitych sposobów operowania świadczą wymownie o nadzwyczajnej pomysłowości operatorów w walce z ciężkiem cierpieniem: niemożnością zatrzymania moczu. Leczenie chirurgiczne tego cierpienia, wikłającego tak często wadę rozwojową cewki, zwaną wierzchniactwem, wymaga — niewątpliwie — nie tylko doskonałej techniki operacyjnej, ale nieraz także wielkiej wytrwałości zarówno ze strony lekarza, jak i pacyentki. W przypadku Mörickego operacya była wykonywana 4 razy, w przypadku Himmelfarba — 10 razy. Rakuza i Wernic operowali przedtem tę samą chorą 6 razy i Himmelfarb 4 razy, nim zdołano osiągnąć wynik pomyślny. W niektórych przypadkach wierzchniactwa, szczególnie 3 stopnia, wszelkie zabiegi chirurgiczne pozostawały bez skutku. Mercier, Personnelle i Gütscher nie zdołali usunąć moczocieku pomimo kilkakrotnie wykonywanych operacyi. W przypadkach Dohrna, Gottschalka i Rascha otrzymano po operacyi bardzo nieznaczne polepszenie; moczociek pozostał prawie bez zmiany. O wynikach w niektórych przypadkach nie znalazłem w piśmiennictwie dokładnych wiadomości. Stałe wyniki pomyśl-

ne otrzymano, o ile sądzić można z materyału, którym rozporządzałem, nie więcej, niż w 50% wszystkich przypadków wierzchniactwa u kobiet, operowanych z powodu moczocieku.

PIŚMIENNICTWO.

1. Ahlfeld. Die Missbildungen des Menschen. Leipzig. 1882. R. 2, str 222. Arch. f. Gyn. X i XI.
2. Anacker. Ein Fall. v. weiblicher Epispadie. Diss. Freiburg. 1903.
3. Audion. Epispadias féminin. Annales des maladies gén.-urin. № 19.
4. Auffret. Epispadias chez la femme. Congrès français de chir. Paris. 1892, str. 233. Revue de chir. 1892. № 5, str. 444.
5. Ballantyne. Jahresbericht über Geb. u. Gyn. 1896, str. 276.
6. Bartels M. Ueber d. Bauchblasengenitalspalte, einen bestimmten Grad der sogen. Inversion d. Harnblase. Diss. 1867.
7. Bonnet. Ueber d. Entwickelung d. Allantois u. d. Bildung des Afters bei den Wiederkauern etc. Anatom. Anzeiger. 1888.
8. Bornhaupt. Untersuchung über d. Entwickelung des Urogenitalsystems beim Hühnchen. Riga. 1867.
9. Cotte G. Epispadias chez la femme. Lyon méd. 1907. Wrzesień.
10. Couston. Ouverture anormale du canal de l'urètbere. Bullet. de la soc. anat. 1875. 50
11. Creve. Die Krankheiten des weiblichen Beckens. Berlin. 1793.
12. Desnos. Note sur une opération contre l'incontin. d'urine chez la femme. Annales des maladies génito-urin. 1890. VIII, str. 334.
13. Dobrucki S. Przedstawienie przypadku epispadiasis in femina. Kronika Lek. 1904. № 19.
14. Dohrn. Ein Fall v. weiblicher Epispadie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. XII. 1.
15. Dolbeau. De l'épispadias ou fissure uréthrale supérieure et de son traitement. Thèse. 1860.
16. Dranicyn A. Słuczaj izleczenia porocznago razwitia moczeispuskatielnago kanała, osłożnionnago niedierżaniem moczi. Żurnał Akusz. i żensk. bol. 1894, str. 567.
17. Duncan. Edinb. med. Journal. 1865.
18. Durand. L'extrophie vésicale et l'épispadias. Thèse de Lyon. 1894.
19. Durand. L'épispadias chez la femme. Annales de gynécologie. 1895. Lipiec. Str. 14.

20. Duval. Etude sur la ligne primitive de l'embryon du poulet. Annales des sciences natur. T. 7.
21. Duval. De la formation du blastoderme dans l'oeuf d'oiseau. Annales des sciences nat. T. 18.
22. Enderlen. Zur Aetiologie der Blasenectopie. Arch. f. klin. Chir. 1903. T. 71.
23. Engström. Zur operativen Behandlung d. Dilatation u. Erschlaffung der weiblichen Harnröhre. Berliner klin. Wochenschr. 1887. № 40.
24. Fromm. Beitr. zur Kasuistik d. Hypospadie u. Epispadie. Diss. Würzburg. 1897.
25. Frommel R. Ein Fall v. weiblicher Epispadie. Zeitschr f. Geb. u. Gyn. T. 7, 2
26. Frank. Ueber d. operat. Behandlung. d. Incontinentia urinae beim Weibe. Zentralbl. f. Gyn. 1882. № 9.
27. Fürst L. Vier pädiatrisch-chirurg. Beobachtungen. Arch. f. Kinderheikunde. 1892. T. 14.
28. Gasser. Beitr. zur Entwickelungsgeschicte d Allantois, d. Müller'schen Gänge u. d. Afters. 1874.
29. Gasser. Die Entstehung d. Cloakenöffnung bei Hühnerembryonen. Arch. f. Anat u. Physiol. 1880.
30. Gersuny. Eine neue Operation zur Heilung d Incontinentia urinae. Zentralbl. f. Chir. 1889. № 25.
31. Gilis. Semaine médicale. 1892.
32. Goebell R. Zur operativen Beseitigung d. angeborenen Incontinentia urinae. Zeitschr. f gyn. Urologie 1910. 4.
33. Gosselin. Exemple assez rare d'extrophie de la vessie. Gaz. de hôpit. 1851. № 37.
34. Gottschalk. Ueber d. weibliche Epispadie Diss. Würzburg. 1883.
35. Grusdew V. Urethroplastik nach der Idee von Subbotin in der gynaekologischen Praxis. Zentralbl. f. Gyn. 1902.
36. Gütschow O. Zur Kenntniss der weiblichen Epispadie. Diss. Rostock. 1904.
37. Guyon. Des vices de conformation de l'urèthre chez l'homme. Thèse d'agreg. Paris. 1863.
38. Hackenbruch. Zur operativen Heilung d. angeborenen Harnträufelns. Med. Klinik. 1909. № 31.
39. Hertwig. Lehrbuch d. Entwickelungsgeschichte d. Menschen u. d. Wirbelthiere 1893. 4 wyd.
40. Himmelfarb G. K opieratiwnomu leczeniu niedierżania moczi uretralnago proischożdienia u żenszczin. Żurnał Akuszer. i Żensk. bol. 1892, str. 846.—Arch. f. Gyn. 1893. T. 44.
41. Hoeven I. van der, jun. Over de zoogenande Epispadie bij de Vrouw. Diss. Leyden. 1889.
42. Hofmeier. Grundriss der gynaekolog. Operationen. 1888, str. 79.
43. Kalischer O. Die Urogenitalmusculatur des Dammes mit besond. Berücksichtigung des Blasenverschlusses. Berlin. 1900.

44. Kauffmann. Verletzungen u. Krankheiten der Hanrnröhre Deutsche Chir. 1886 T. 51, str. 60.
45. Keibel F. Die Entwickelungsvorgange am hinteren Ende des Merschweinchenembryos Arch. f. Anat. u. Physiol. Anatom. Abth. 1888.
46. Keibel F. Zur Entwickelungsgeschichte des menschlichen Urogenitalapparates. Arch. f Anatomie u. Entwickelungsgeschichte. 1896.
47. Kirmisson E. Académie de Méd. Scance de 30 juillet 1895.
48. Kirmisson E. Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitales. Paris 1898.
49. Kleinwachter. Epispadie bci einem 15 jahr. Mädchen. Monatsschr f. Geburtskunde. 1869. № 34.
50. Kölliker. Ueber d. Chordahöhle u. d. Bildung d. Chorda beim Kaninchen. Würzburger Sitzungsber. 1882. Grudzień.
51. Kolischer. Erkankungen d. weiblichen Harnröhre u. Blase. Wien. 1898.
52. Koniuszewski A. Epispadias. Tygodnik Lekarski. 1862. XVI. 61.
53. Korzeniowski H. O rurce moczowej pod względem anatomicznym, fizyologicznym, patologicznym i chirurgicznym. Tygodnik Lekarski. 1855. IX. 307, 361.
54. Kosiński I. Operacya plastyczna, dokonana u młodej dziewczyny z powodu braku górnej ściany cewki moczowej. Protokóły pos. Tow. Lek. Warszaw. 1872. 67. 181.
55. Küster. Aerztl. Verein zu Marburg. 1895. Streszcz. w Wiener klin. Wochenschr. 1896. № 11.
56. Leńko. Okaz preparatu z przypadku zupełnego wierzchniactwa i wynicowania pęcherza. Przegląd Lekarski. 1906, str. 376.
57. Libchen I. Przyrodzony brak górnej ściany cewki moczowej u młodej dziewczyny. Protok. pos. Tow. Lek. Warsz. 1872. 67. 115.
58. Makins G. M. The treatement of epispadias in the female and hypospadias in the mele. The Lancet. 1894. Listopad.
59. Malgaigne. Retention d'urine chez une femme récemment accouchée. Conformation spéciale de l'urethra. Revue médico-chirurgicale de Paris. 1849. VI.
60. Mars A. Przypadek Epispadiasis urethrae u kobiety i t. d. Przegląd Lekarski. 1900. № 25.
61. Mayersbach L. v. Die weibliche Epispadie u. ihre Behadlung. Wiener klin. Wochenschr. 1908. № 52.
62. Meckel I. F. Handbuch der pathologischen Anatomie. T. 1.
63. Menge K. Bildungsfehler der weiblichen Genitalien. Veit's Handbuch der Gynaekologie. 1910. T. 4, str. 1043.
64. Mercier. De l'épispadias chez la femme. Revue d'Orthopédie. 1805. T. VI, str. 352.
65. Mihalkowicz G. v. Untersuchungen über d. Entwickelung der Harn- u. Geschlechtsapparate bei Amnioten. Internat. Monatschr. über Anatomie u. Histologie. 1885.
66. Monsiorski Z. Fissura vesicae superior. Epispadias. Gazeta Lekarska. 1891. № 47.

67. Morgan. Epispadias. The Lancet. 1898.
68. Mörgelin. Diss. Berlin. 1885.
69. Möricke. Ein Fall v. weiblicher Epispadie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1880. V. 2, str. 314.
70. Muratow A. K woprosu ob obrazowanii mużskoj uretry u bolnoj epispadijej, sojedinionnoj s rasszczepleniem łonnago sojedinienia. Russkij Wracz. 1902. № 30. — Zentralbl. f Chir. 29.
71. Nagel W. Ueber. d. Entwickelung des Urogenitalsystems beim Menschen. Arch. f. mikroskopische Anatomie 1889. T. 34.
72. Nagel W. Ueber d. Entwickelung der Urethra u. des Dammes beim Menschen. Arch. f. mikrosk. Anat. 1892. T. 40.
73. Nové-Josserand et Cotte. L'épispadias féminin et son traitement chirurgical. Revue de gyn. et de chir. abdom. 1907. № 6.
74. Nunez Julio E. Etude sur les vices de conformation de l'urèthre chez la femme. Thèse. Paris. 1882.
75. Ott D. Ob opieratiwnom leczenii puzyrno-włagaliszczynych fistuł, osłożnionnych razruszeniem moczeispuskatielnago kanała. Żurnał Akuszerstwa i Żenskich boleźniej. 1894. Czerwiec.
76. Pawlik. Beitr. zur Chirurgie d. weiblichen Harnröhre Wiener med. Wochenschr. 1883. №№ 25 i 26.
77. Personnelle. Epispadias chez une femme Patrz Nunez. Thèse. 1882, str. 90.
78. Picardat. Thèse. Paris. 1858.
79. Pisiemskij G. Epispadia u żenszcziny. Protokoły zasied Akuszer.-ginekolog. Obszczestwa w Kijewie (23 II. 1900). T. 14 i 15.
80. Pluyette. Revue prat. des malad. des organ. génito-urin. 1908. № 27.
81. Poppert Ueber eine Methode zur Erzielung eines normalen Blasenverschlusses der angeborenen Blasen- u. Harnröhrenspalte. Arch. f. klin. Chir. T. 53. Z. 2.
82. Pousson. Opération contre l'incont. d'urine d'origine uréthrale. Semaine méd. 1892. № 18.
83. Pozzi. Semaine médicale. 1892. № 18.
84. Rasch H. Zur Kenntniss u. Behandlung d. weiblichen Epispadie u. Fissura vesicae inf. Beiträge z. klin. Chirurgie. 1897. T. 18 Z. 3.
85. Reichel P. Die Enstehung d. Missbildungen d. Harnblase u. Harnröhre an der Hand der Entwickelungsgeschichte bearbeitet. Arch. f. klin. Chir. 1893 T. 46, str. 740.
86. Reichel P. Die Entwickelung d. Harnblase u. Harnröhre. Verhandlungen d. physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg. 1893.
87. Reichel P. Die Entwickelung des Dammes u. ihre Bedeutung für die Entstehung gewisser Missbildungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. 14.
88. Reichert. Das Entwickelungsleben im Wirbelthierreiche. Berlin
89. Retterer. Sur l'origine et l'évolution de la région ano-génit. des mammifer. Journal d'anatomie et de la physiol. 1890.
90. Richelot. Union méd. Paris. 1886 i 1887.
91. Rose. Monatschr. f. Geburtsh. u. Frauenkranheiten. T. 26.

92. Roser. Württemberg. med. Corresp. Blätter. 1861. № 29.
93. Rowlands. Case of incontinence of urine associated with epispadias. The Med. Presse. 1909 Styczeń.
94. Rutenberg Chr. Ueber Functionslosigkeit d. weiblichen Harnröhre u. Anlegung einer neuen über der Symphyse. Wiener med. Wochenschr. T. 75. № 37.
95. Rutherford Clarendon. Epispadias of feminal urethra sutueted in a bifid clitoris. Med. Record. 1890, str. 492
96. Schroeder. Lehrbuch der Gynakologie.
97. Schultze. Chirurg. Behandłung d. Incontinentia urethrae beim Weibe. Wiener med. Blätter. 1888. №№ 18 i 19.
98. Sowastickij G. Słuczaj epispadii u żenszczyny. Lietopiś Chirurg. Obszczestwa w Moskwie. 1876. T. 1, str. 292.
99. Stankiewicz W. Extrophia vesicae. Epispadiasis. Diastasis pubica. Hydrocele congenita. Pamiętnik Tow. Lek. Warszaw. 1888, str. 652
100. Steiner. Operative Behandlung d. Epispadie u. angeborenen Blasenspalte. Arch. f. klin. Chir. T. 15. 2.
101. Stoeckel W. Erkrankungen der weibl. Harnorgane. Veit's Handbuch d. Gynakol. 1907. 2 wyd.
102. Strahl. Zur Bildung d. Cloake des Kaninchenembryo. Arch. f. Anat. u Physiol. Anatom. Abth. 1886.
103. Strahl. Marburger Sitzungsberichte. 1887. Maj.
104. Subbotin M. Neues Verfahren zur Bildung d. Harnblase u. Harnröhre etc. Zentralbl. f. Chir. 1901. № 51.—Razszczeliny moczewoho puzyria. Ektopia. Russkaja Chirurgia. 1911. Rozdział XL.
105. Teller. Ueber Incontinentia urinae bei Spaltbildung d. weibl. Urethra u. ihre operative Behandlung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. 62.
106 Testelin. Gaz. de Paris. 1861. № 41.
107. Thiersch. Enstehung u. Behandlung d. Epispadie. Arch. f. Heilkunde. 1869. R. 10.
108. Thiersch. Berliner klin. Wochenschrift. 1875
109. Tourneux. Sur les premiers développements du cloaque, du tubercul génital et de l'anus chez l'embryon du mouton. Journal de l'anat. et de la physiol. 1888.
110. Tourneux. Sur le dévellopement et l'évolution du tubercule génital chez le foetus humain dans les deux sexes. Journal de l'anat. et de la physiol. 1889.
111. Tipiakow W. Słuczaj nienormalnago nachożdienia moczeispuskatielnago kanała u żenszcziny (epispadias). Miedicinskoje Obozrienie. 1898, str. 650.
112. Vialleton. Essai embryologique sur le mode de formation de l'exstrophie de la vessie. Arch. provinc. de chir. 1892. № 3.
113. Waldstein. Ein Fall v. Bauch- u. Beckenspalte, Epispadie u. Ectopia vesicae. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 6. Z. 3.
114. Wasserzug D. Extrophia vesicae urinairae cum epispadiasi. Gazeta Lekarska. 1882. № 46.

115. Winkel. Die Krankheiten d. weibl. Harnröhre u. Blase. Lücke's Handb. d. Frauenkrankh. 1886. Z. 3.
116. Winkel. Deutsche Chirurgie. T. 62.
117. Wojciechowski B. Przypadek rozszczepu górnego cewki moczowej u kobiety. Przegląd Lek. 1899. № 19.
118. Zangemeister. Verschluss d. veiblichen Blase. Zeitschr. f. gyn. Urologie. 1908. T. 1, Z. 2.
119. Zangemeister. Weibliche Inkontinenz durch Narbenzug. Tamże.

Leczenie chirurgiczne ropniaków jajowodów, powikłanych przetokami do kiszek i pęcherza moczowego, lub zwężeniem kiszek

podał

J. CZARKOWSKI.

W zakresie niniejszego referatu nie mam zamiaru objąć całokształtu cierpień, spowodowanych zapaleniem przydatków macicznych u kobiet, zająć się ich leczeniem i rozpoznaniem, lecz chcę podzielić się wrażeniami, jakie wyniosłem, operując kilka niżej wyszczególnionych przypadków ropnego zapalenia jajowodów, powikłanego ropnem otorbionem zapaleniem otrzewnej i przetokami do kiszek i pęcherza.

Zanim przejdę do szczegółowego rozpatrzenia moich przypadków, w krótkich zarysach przypomnę Szanownym Panom patogenezę i patologię powyższych cierpień.

Pierwszy Westermark w 1886 r. wykrył dwoinki wiewiórowe w jajowodach u kobiet. Za nim cały szereg badaczów z Wertheimem i Krausem na czele potwierdził, że zarazki wiewiórowe najczęściej wywołują stany zapalne macicy i przydatków.

Badanie Wertheima, Wittego, Prochownika, Fritscha, Leopolda, Sängera, Martina i innvch wykazało w ropie obecność również innych zarazków oprócz wiewiórowych.

Tak Wertheim w 114 przypadkach, z których połowa była jałowa, znalazł w 11 przyp. paciorkowce, w 39 zarazki wiewiórowe.

Witte w 39 przypadkach:

7 razy wiewiórowe
4 „ gronkowce
2 „ paciorkowce.

Menge w 122 przypadkach:
28 razy wiewiórowe
4 „ gronkowce
1 „ saprofity (gnilne).

Kifer w 40 przypadkach:
70% wiewiórowe
$2^1/_2$% gnilne.

Woltan: w 20% przypadków wiewiórowe
„ 10% „ paciorkowce.

Theilhaber w 80% przypadków wiewiórowe.

Zweifel, Frommel, Wertheim, Witte, Woltan w 3% przypadków znajdowali diplococcus pneumoniae Fraenkel-Weichselbauma.

Częściej bywa znajdywany lasecznik okrężnicy (bact. coli commune).

Schenk znajdywał pneumobacillus Friedlendera, Koch — b. typhi.

Badanie świeżych przypadków dało wyniki pod względem bakteryologicznym lepsze. Względnie dość często w jajowodach usadawiają się prątki Kocha.

Menge w 70 przypadkach ropniaków jajowodów znalazł gruźlicę . . . . . . 7 razy — co stanowi 10%
Williams w 91 prz. 7 „ — „ „ 8%
Rosthorn w 103 „ 17 „ — „ „ 5%
Martin w 620 „ 17 „ — „ „ 3%.

Hegar zwraca uwagę, że gruźlica organów kobiecych zdarza się najczęściej u kobiet w wieku dojrzałości płciowej, tłomacząc to zjawisko implantacyą. Powyższe zapatrywanie zdaje się potwierdzać statystyka Simmonda:

Od 0 — 10 lat znaleziono gruźlicę u 10
„ 11 — 20 „ „ „ „ 15
„ 21 — 30 „ „ „ „ 19
„ 31 — 40 „ „ „ „ 14
„ 41 — 50 „ „ „ „ 6
„ 51 — 60 „ „ „ „ 5
„ 61 — 70 „ „ „ „ 5
„ 71 — 80 „ „ „ „ 5.

Simmond i Stolpe spostrzegali gruźlicę jajowodów u 9 i 7 miesięcznej dziewczynki i 79 letniej staruszki.

Większość autorów jest tego zdania, że ze wszystkich organów kobiecych usadawia się gruźlica najczęściej w jajowodach.

Merlettis z 172 przypadków gruźlicy organów płciowych u kobiet w 157 przypadkach znalazł gruźlicę jajowodów, Torgeth z 90 prz. — 68 razy.

Hegar i Sippel tłomaczą to zjawisko obfitością fałd na śluzówce jajowodów, a Amann — łatwością zatrzymywania się wydzieliny i względnie słabem unaczynieniem (jajowodów).

Obszerne statystyki Winckela, Dönhoffa, Schramma, Simmondsa, Hausemana, obejmujące 18 tysięcy sekcyi na zwłokach, wykazują, że gruźlica w jajowodach trafia się w 1% przypadków. Następujące liczby porównawcze dają pojęcie, ile razy znajdywano gruźlicę jajowodów na zwłokach zmarłych na gruźlicę innych organów:

Frerichs	w 96	prz.	— 12%
Turner	„ 27	„	— 5%
Stolpe	„ 34	„	— 7%
Berkley	„ 728	„	— 88,8%.

Większość autorów jest zdania, że gruźlica jajowodów jest zjawiskiem wtórnem, najczęściej przerzutowem, a pierwotne ognisko nawet na sekcyi nie zawsze może być wykryte.

Drogi, któremi zarazki dostają się do jajowodów, są rozmaite; po pierwsze — bezpośrednio z macicy i pochwy, po wtóre — z sąsiednich organów (kiszek, wyrostka robaczkowego, otrzewnej), po trzecie — drogą naczyń chłonnych i krwionośnych, jako przerzuty.

W każdym razie zarażenie wiewiórowe, o ile nie samo, to stając się podłożem dla innych zarazków (locus minoris resistentiae) najczęściej wywołuje ropienie w jajowodach. Gruźlica ajo wodów obejmuje najczęściej obydwa jajowody. Simmond z 64 przypadków miał tylko w 8 — z jednej strony. Schramm z 27 prz. — 7 razy.

Jajowody gruźlicze są obrzmiałe i powiększone nieraz do znacznych wymiarów. Zawartość ich szarożółta, śmietankowata, lub serowata, miejscami trafiały się zwapnienia.

Ściany jajowodu zgrubiałe, otwór jajowodowy brzuszny w połowie zaledwie przypadków zamknięty i zarośnięty. Przez otwór niezamknięty można widzieć serowate masy. Gdy gruźlica przechodzi na otrzewną jajowodów, to widzimy na niej mniej lub więcej rozsianych szarożółtych gruzełków. Obraz ten zatraca swój charakter swoisty wtedy, gdy wytworzą się skleiny z trzewami i nieraz bardzo grube błony zapalne. Formy ostre wyróżniają się tem, że błona śluzowa b. szybko przechodzi w serowaty rozpad. Mięśniówka więcej lub mniej wciągnięta jest w sprawę. Ściany w niektórych miejscach zcieńczałe; zrostów z otoczeniem mało. Ujście brzuszne rozwarte. W przewlekłych zaś postaciach (pierwotnych) koniec jajowodu bywa zamknięty, wskutek czego wytwarzają się znacznych rozmiarów ropniaki jajowodów.

Takie worki zawierają na początku rzadki surowiczy wysięk, który z biegiem czasu gęstnieje i przetwarza się w typową dla gruźlicy ropę.

Badanie drobnowidzowe w ostrych przypadkach wykazuje obfite okrągłokomórkowe nacieczenie i pojedyńcze gruzełki z nabłonkowemi komórkami. Olbrzymie zaś komórki rozrzucone są b. skąpo z powodu szybkiego rozpadu gruzełka.

W rozpadzie można wykryć obfite prątki gruźlicze. W mięśniówce znajdujemy okrągłokomórkowe nacieczenie i gruzełki prosowate. Proces rozpadowy przechodzi często na surowicówkę.

Postacie przewlekłe wyróżniają się bogactwem gruzełków na błonie śluzowej, które wykazują małą skłonność do zserowacenia. Gruzełki te obfitują w olbrzymie komórki. Obecność prątków jest rzadka, znajdywano je w komórkach olbrzymich. Wobec małej skłonności gruzełków do zserowacenia błona śluzowa przez czas dłuższy pozostaje zachowana.

Błona mięśniowa zgrubiała znacznie wskutek przerostu i wytworzenia się tkanki łącznej. Ropna zawartość składa się z miazgi tłuszczowej, białych komórek (leukocytów) i komórek jądrowych.

Z jajowodów gruźlica może przechodzić na macicę, kiszki pochwę, pęcherz, dawać przerzuty, wywoływać prosówkę, zapalenie opon. Błony rzekome, zrosty z trzewami, przerost mię, śniówki i wytwarzanie się obfitej tkanik łącznej prowadzą nie-

raz do samowyleczenia, w innych zaś przypadkach, szczególniej w zakażeniu mieszanem wytwarzają się wieloogniskowe ropnie po za jajowodami i powstają przetoki do kiszek i pęcherza moczowego.

Nagromadzenie się ropy w jajowodzie, przy jednocześnie zamkniętym końcu brzusznym jajowodu, nazywamy ropniakiem jajowodu. Ropniaki takie powstają na tle zakażeń wiewiórowych (najczęściej), gruźliczych, gnilnych i t. d.

Grubość ścian ropniaków bywa rozmaita w zależności od ilości nagromadzonej ropy i natężenia sprawy zapalnej w głębokich jego warstwach. Grubość ścian bywa tem większa, im jest mniejsza ilość ropy i odwrotnie.

Ściany ropniaka przedstawiają rozmaite okresy zapalenia przewlekłego.

Nabłonek w starych ropniakach może być bardzo dobrze zachowany, a w uchyłkach nawet nietknięty. W bardzo późnych okresach nabłonek złuszcza się i ginie, a na jego miejsce powstaje ziarnina.

Gdy zapalenie przechodzi na otrzewną jajowodu, wtedy ropniak pokrywa się włóknikiem, wytwarzają się błony rzekome i ropniak przyrasta do organów sąsiednich: macicy, jajników, kiszek i sieci.

Jako guzy w otoczce umiejscowiają się z boków, od przodu, a najczęściej od tyłu macicy, sklejając się za pomocą mniej lub więcej trwałych zrostów z otoczeniem.

Formy ropniaków mogą być rozmaite.

Przy pękaniu takich ropniaków w połączeniu z większym lub mniejszym wstrząsem i zapaleniem otrzewnej, powstają ropnie pozajajowodowe, otoczone również trwałymi zrostami i otoczką rzekomą.

Opróżnianie się ropni do wolnej jamy otrzewnej zdarza się bardzo rzadko, gdyż zazwyczaj przedtem już powstają trwałe zrosty.

Częściej ropniak opróżnia się do kiszek przez większe lub mniejsze wyżarcie ściany tychże, rzadziej zaś opróżnia się do pęcherza lub pochwy. W moich przypadkach spotykałem wyżarcie na znacznej przestrzeni wszystkich warstw kiszki z wyjątkiem śluzówki, w której otwory bywają przeważnie niewielkie.

Ropniaki pochodzenia wiewiórowego opróżniają się znacznie rzadziej od ropniaków pochodzenia gnilnego i gruźliczego. Wiemy, że ropniaki jajowodów mogą leczyć się samoistnie. Płynna zawartość zostaje wessana, zarazki giną, otorbione guzy zmniejszają się, i wszelkie objawy zapalenia znikają. W tych starych ropniakach znajdują miazgę tłuszczową, cholestearynę, protagon, a nawet złogi (kamienie).

Gebhard zestawił wyniki bakteryologicznych badań rozmaitych autorów, gdzie na 409 przypadków w 226 ropa była jałowa, co wynosi 55,4%, w 183 prz. 50,6% znaleziono zarazki wiewiórowe, w 29,2% paciorkowce i gronkowce, w pozostałych zaś inne zarazki.

Odróżnić zakażenie wiewiórowe od gnilnego bardzo trudno. W zakażeniach gnilnych otoczki i zrosty są daleko grubsze i trwalsze, aniżeli w zakażeniu wiewiórowem.

Schridde na podstawie badań mikroskopowych w 75 przypadkach przychodzi do wniosku, że zakażenie wiewiórowe daje inny obraz, niż gnilne i twierdzi, że pod nabłonkiem w wyraźnie zgrubiałych fałdach jajowodów skupiają się w dużej ilości limfocyty, lymfoblasty i plazmatyczne komórki, a z nimi zmieszane neutrofilowe komórki. Przy migracyi przez nabłonek, jak również w samej ropie spotyka się wszystkie powyższe komórki w dużej ilości.

W późniejszych okresach giną komórki plazmatyczne, w zamian zaś rozwija się tkanka łączna. Nabłonek w wielu miejscach zniszczony i pozbawiony migawek. W ropniach pochodzenia innego (gnilnego) znajdujemy w ropie i w fałdach przeważnie leukocyty.

Samoistne opróżnienie się ropnia jajowodu do kiszek, pęcherza lub pochwy nie może być uważane zawsze za pomyślny wynik leczenia, albowiem worki jajowodowe nie opróżniają się całkowicie i po chwilowem polepszeniu się stanu ogólnego i obniżeniu się gorączki powstaje ona na nowo.

Niema innego w podobnych przypadkach wyjścia, jak tylko zabieg operacyjny. Wielu operujących jest zdania, że ropniaki jajowodów, powikłane przetokami do sąsiednich organów, nie nadają się do operacyi wobec ciężkości samego zabiegu. Nie ulega wątpliwości, że zabiegi są trudne dla operującego, i ciężkie dla pacyentki.

Trudność zabiegu polega na przezwyciężaniu nadzwyczaj trwałych i rozległych zrostów pomiędzy skłębionemi w dole brzucha trzewami, na manipulowaniu w ogniskach ropnych, na niełatwem oryentowaniu się w zmienionych warunkach anatomicznych i na długotrwałości zabiegu.

Operacyę wykonywałem w uśpieniu chloroformowem lub skombinowanem ze skopolaminomorfiną. Stosowałem cięcie podłużne w smudze białej lub najczęściej poprzeczne lub półkoliste tuż nad spojeniem łonowem.

Po otwarciu otrzewnej i odsunięciu ku górze nie objętych zrostami trzew, osłaniam pole operacyjne jaknajdokładniej paskami gazy i serwetami, układając te w parę warstw, żeby do wolnej jamy brzusznej nie dostała się ropa. Wykonywując cięcie poprzeczne, zakrywam pęcherz otrzewną, umocowując ją do kikutów mięśni prostych.

Pęcherz uwalniam od zrostów z siecią i pętlicami jelit, opróżniam ropnie, mające miejsce prawie we wszystkich moich przypadkach pomiędzy macicą a pęcherzem; drążę do macicy, wyosabniam jej przednią część do wyjścia jajowodów, wycinam macicę, lub, mając zamiar ją pozostawić, przecinam jajowody i wtedy wydzielam zropiałe guzy z otoczenia.

Ta część operacyi bywa najtrudniejsza wobec nieraz tak twardych zrostów z kiszkami, że zmuszeni jesteśmy posiłkować się wciąż nożem.

Po wyjęciu zropiałych guzów, otworzeniu wszystkich ropni, i oczyszczeniu całej jamy, przystępuję do zeszycia otworów w kiszkach.

Miejsca otworów w kiszkach odznaczają się od zdrowych części znaczną warstwą ziarniny z powodu wyżarcia surowicówki i mięśniówki na dużej nieraz przestrzeni, z niewielkimi zaś najczęściej otworami w śluzówce.

Po uruchomieniu kiszek, zwolnieniu od zrostów, odświeżeniu nierównych i zgrubiałych brzegów przetoki, nakładam szew 2-piętrowy z jedwabiu w kierunku poprzecznym. Wobec dość obfitego krwawienia miąższowego z oddartych zrostów, całą jamę ściśle wypełniam paskami z gazy.

W większości przypadków sączkuję jamę brzuszną przez pochwę grubym sączkiem gumowym.

Pierwszy operowany przezemnie przypadek dotyczy P. B. mężatki, 32 lat, która urodziła raz jeden przed 7 laty. W ciągu ostatnich paru lat zapadała na częste bóle w dole brzucha, bolesne peryody i upławy. Od marca 1908 r. do października, w którym to czasie byłem wezwany przez kolegę Kurtza do chorej, leży w łóżku. Przez cały ten czas chora wysoko gorączkowała. pomimo tego, że z kiszki prostej stale wypływała w dużej ilości cuchnąca ropa. Chora wyniszczona ogromnie, z wybitną blednicą i utratą zupełną sił.

Badanie wykazało chełbocące guzy i twarde nacieki, wypełniające małą miednicę, z pośród których macica nie daje się wymacać. Nacieki te wyczuwają się powyżej spojenia łonowego na szerokości 3-ch poprzecznych palców. Urynowanie i stolce utrudnione.

W pierwszych dniach października wykonałem operacyę w klinice chirurgicznej przy szpitalu Dz. Jezus. Cięciem w smudze otwarto jamę brzuszną i po opróżnieniu kilku otorbionych pomiędzy macicą, pęcherzem a kiszkami ropni i wyłuszczeniu wypełnionych ropą worków jajowodowych, przekonałem się, że ropniak wydrążył otwór w esicy—wielkości dwugroszniaka, tuż powyżej 3-go zwieracza Ropniak zaś lewego jajowodu, zrośnięty z pętlicami cienkich kiszek, łączył się z niemi za pośrednictwem 2-ch niewielkich o wyżartych brzegach przetok. Brzegi przetok wyrównano i zamknięto je 2-piętrowym szwem z jedwabiu.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W końcu 6-go tygodnia wypisała się zdrowa i do chwili obecnej czuje się doskonale.

2-gi przypadek. Chana P., lat 34, zamężna, bezdzietna, chorowała na upławy i częste bóle w brzuchu. Od roku leży w łóżku, od pół roku wydziela się z kiszki ropa i pomimo tego gorączkuje stale do 39^0. Wyniszczenie ogólne nadzwyczajne.

Badanie wykazuje nacieki i nieruchome guzy, o kształtach nierównych, ze wszech stron otaczające macicę i wypełniające miednicę małą. Brzuch wzdęty i bolesny.

Operacya d. 20 czerwca 1909 r. Cięcie powłok podłużne. Po otwarciu i opróżnieniu ropni w zrostach pomiędzy trzewami, wyłuszczono ogromnych wymiarów ropniaki jajowodów i lewego jajnika. Lewy guz przyrośnięty do esicy w dolnej części komunikował się z kiszką otworem wielkości groszniaka. Brzegi przetoki i otaczajaca ją część kiszki zgrubiałe; krezka skurczona i nacieczona, przyrośnięta do ściany miednicy.

Za pomocą noża udało się z niemałemi trudnościami uruchomić kiszkę, wyciąć zgrubiałe brzegi przetoki i nałożyć szew dwupiętrowy. Przebieg bez powikłań. Wypisała się po 2-ch miesiącach z małą ropną, zależną najprawdopodobniej od jedwabnej nitki, przetoką.

3-ci przypadek dotyczy 25-letniej P. D. z Wołynia, operowanej 28-go kwietnia 1909 r. w zakładzie prywatnym przy ul. Złotej.

Początek choroby u zupełnie przedtem zdrowej, nie cierpiącej na żadne kobiece choroby i nie mającej upławów młodej mężatki, był gwałtowny z objawami ostrego zapalenia otrzewnej, z bólami w prawej okolicy dołu krętniczokątnicowego. Po umiejscowieniu się ostrego zapalenia otrzewnej gorączka trzymała się stale na poziomie 38,5, 37,5.

W końcu 2-go miesiąca choroby, kiedy po raz pierwszy widziałem chorą, przy objawach ogólnego zakażenia, trwającego już od dni 10-ciu (wstrząsające dreszcze, gorączka 40—41, w obfitych potach), nieustającej czkawce, obrzękach dolnych kończyn, znalazłem stosunkowo nie bardzo znaczne nacieki w Douglasie i zgrubienia wielkości jaj kurzych w okolicy przydatków. Macica wyczuwalna, bolesna, w tyłopochyleniu, mało ruchoma. Nacieki z prawej strony macicy wydawały się większe. Wtedy już przypuszczałem, że początek choroby najprawdopodobniej miał źródło w wyrostku robaczkowym.

Podczas operacyi wśród znacznych i twardych zrostów opróżniono kilka niewielkich ropni w jamie małej miednicy, wycięto napełnione ropą oba jajowody, z których lewy zrośnięty był z kiszką prostą w górnej części tejże. Na miejscu zrostu było nadżarcie kiszki aż do błony śluzowej. Prawy jajowód przylegał do krótkiego wyrostka robaczkowego znacznie zgrubiałego, który leżał w małej miednicy zupełnie oderwany od kątnicy. Na miejscu zaś właściwem dla wyrostka na kątnicy był niewielki otwór, zamknięty ziarniną.

Miejsce wyżarcia na kiszce prostej obszyto szwem strunowym. Sączek do pochwy. Pomimo wyczerpania chora zniosła operacyę doskonale. Dreszcze, czkawka i poty ustały. Gorączka zaczęła powoli opadać i zdawało się, że chora wyjdzie cało z tej ciężkiej opresyi. Lecz, niestety, na 10-ty dzień po operacyi zjawiły się znów wstrząsające dreszcze, gorączka 40^0.

Badanie krwi, wykonane przez kol. Karwackiego, wykazało zakażenie bakteryami pochodzenia kiszkowego (gnilnego).

Na 14-ty dzień w ranie pokazał się twardy kał, najprawdopodobniej z miejsca wyżarcia na kiszce, chociaż dziury w samej śluzówce przy operacyi nie widziałem. Pomimo zastosowania wszelkich możliwych środków do zwalczenia ogólnego zakażenia, chora zmarła w 6 tygodni po operacyi.

4-ty przypadek. Pani D., kobieta 52 l., bezdzietna, chorowała długi czas na upławy, miewała częste napady bólów, zniewalające leżeć po kilka dni w łóżku. Od 4-ch tygodni wysoka gorączka, straszne bóle w dole brzucha, brak apetytu i snu, co wszystko razem doprowadziło do znacznego wyniszczenia.

Badanie wykazuje duży guz chełbocący w okolicy prawych przydatków, w okolicy lewych mniejszy. W Douglasie nacieki. W stolcach ropa. Macica niewyczuwalna.

Operacya w d. 28 czerwca 1910 r. w zakładzie prywatnym przy ulicy Złotej. Cięcie powłok poprzęczne. Otwarcie ropni zaległych w zrostach. Wycięcie całkowite macicy wraz z ropniakami obydwóch jajowodów. Prawy ropniak schowany głęboko w małej miednicy, otoczony grubymi zrostami, przylegał do prostnicy i wyżarł w mięśniówce głęboką jamę długości około 4 cm. Po wyskrobaniu obfitej ziarniny, otworu w śluzówce nie znalazłem. Sączkowanie przez pochwę. Ścisła tamponacya jamy. Przebieg bez powikłań. Mały otwór w kiszce, którego nie znalazłem, zagoił się samoistnie.

W końcu 6-go tygodnia wyjechała zdrowa do domu.

5-ty przypadek. P. M. O., 36 l., bezdzietna, chora od kilku lat na upławy, na częste zapalenie jajników i pęcherza. Od lat 2-ch co parę miesięcy gorączkowała, leżąc po kilka tygodni w łóżku. Ostatnie dwa miesiące przed operacyą nie wstaje, gorączka 39,5—40. 3 razy w przebiegu choroby występowały bardzo ciężkie objawy niedrożności kiszek. Stolce bolesne i utrudnione.

Badanie wykazuje nacieki w Douglasie, w lewej połowie małej miednicy, które wyczuwać się daje nad spojeniem łonowem i wzdłuż lewego więzu Pouparta. Macica odsunięta na prawo, nieruchoma, ściśle spojona z naciekiem od przodu i lewej strony. Chełbotanie niewyczuwalne. Wydziela się ropa z kiszki.

Operacya w zakładzie prywatnym przy ul. Złotej w d. 3 maja 1910 r. Cięcie poprzeczne. Zgrubiała sieć i kiszki cienkie zrośnięte z pęcherzem i dnem macicy; otorbiony od przodu ogromny ropień z cuchnącą wydzieliną. Wycięto macicę z ropniakiem lewego jajowodu i wodniakiem prawego. Po wydzieleniu z nadzwyczaj twardych zrostów lewego ropniaka ujrzeliśmy jamę, wypełnioną szarą ziarniną. Dno jamy tworzyła wyżarta na dużej przestrzeni mięśniówka z niewielką dziurą w śluzówce esicy, a ściany boczne i górne—twarda nacieczona sieć i sploty jelit.

Wobec występowania u chorej częstych napadów niedrożności kiszek i wobec niemożności zaszycia dużego otworu bez uruchomienia kiszki zdecydowałem się, idąc już od strony wolnej od zrostów jamy otrzewnej odciąć zgrubiałą na dużej przestrzeni część sieci i wydzielić ze zrostów cienkie kiszki.

Wtedy przekonałem się, że esica jest zgięta podwójnie (tworząc harmonijkę) i na tem właśnie podwójnem zgięciu, od przodu, usadowiło się wyżej wzmiankowane wyżarcie. Po wyprostowaniu zgięcia, wyżarcie w kiszce wydłużyło się do 6 cm. O zespoleniu przetoki, wgłobieniu lub połączeniu bocznem wobec skrócenia krezki i zgrubienia ścian kiszki nie mogło być mowy.

Musiałem wyciąć 10—12 cm. kiszki, łącząc z trudnością koniec z końcem. Pomimo, że operacya wykonywana była w środowisku ropnem i to od strony już wolnej od zrostów jamy brzusznej, chora wyzdrowiała po ciężkim przez parę dni przebiegu pooperacyjnym. Na 4-ty dzień po operacyi szwy kiszkowe puściły, wytworzyła się przetoka kałowa.

W pół roku wykonałem drugą operacyę w celu zaszycia przetoki. Operowałem w ten sposób, że idąc od wolnej od zrostów jamy otrzewnej wydzieliłem kanał przetoki i dotarłem do dziury w kiszce. Dolny odcinek kiszki tuż za przetoką był tak uciśnięty przez zrosty, że ledwie przepuszczał koniec palca. Uruchomienie kiszki było bardzo trudne z powodu obszernych i trwałych zrostów i przytwierdzenia kiszki do miednicy. Po odświeżeniu brzegów nałożyłem szew 2-piętrowy i przykryłem go od wewnątrz siecią, od zewnątrz surowicówką pęcherza. Na szósty dzień szew puścił. Powstała przetoka, lecz z tą różnicą, że z rany wydzielał się kał już w mniejszej ilości i chora mogła wypróżniać się per anum.

W czerwcu 1911 r. wykonałem 3-cią operacyę.

Do dziury w kiszce doszedłem w ten sam sposób, jak poprzednio. Wobec b. trwałego zrostu z pęcherzem wydzieliłem kiszkę wraz z mięśniówką pęcherza, wyciąłem zgrubiałe brzegi przetoki, rozszerzyłem światło kiszki, osiągając to cięciem długiem na 1 — 1½ cm. przednich ścian obydwóch odcinków kiszki. Szew jedwabny 2-piętrowy metodą Schmidego (polega na tem, że wkłuwamy igłę zawsze od strony błony śluzowej kiszki i w ten sposób osiągamy dokładne zespolenie się surowicówki nawet przy zgrubiałych brzegach przetoki).

Chora wyzdrowiała i czuje się doskonale.

6-ty przypadek dotyczy 22-letniej Z., izraelitki, mężatki bezdzietnej, chorej od 4-ch miesięcy, znacznie wyniszczonej, ze zmianami w szczycie l. płuca. Upławy bardzo małe. Peryody nieprawidłowe, bolesne.

Badanie wykazuje nierówne, elastyczne guzy, wypełniające miednicę. Nacieczenie powyżej spojenia i prawego więzu Pouparta łączy się z guzem prawych przydatków. Macica mało wyczuwalna, nieruchoma. Ropa w wypróżnieniach i moczu. Gorączkuje.

Operacya w klinice chirurgicznej przy szpitalu Dz. Jezus d. 5 kwietnia 1910 r. Cięcie poprzeczne. Wycięcie macicy i ropniaków jajowodowych. W ogromnych workach jajowodowych spotykamy masy zserowaciałe. 2 przetoki w kiszkach cienkich zaszyto. Otwór w pęcherzu, z którym się łączył prawy jajowód, po wycięciu na znacznej przestrzeni ścieńczałej i wyżartej ściany, zaszyto szwem 2-piętrowym. Sączkowanie pochwy.

Przebieg pooperacyjny lekki. Maleńka przetoka pęcherzowa zabliźniła się całkowicie. Po 2-ch miesiącach pacyentka wypisała się zdrowa.

7-my przypadek. D. H., 17 l., chora od 3-ch miesięcy. Początek choroby z objawami ostrego zapalenia otrzewnej W cztery tygodnie potem przebicie się ropnia do kiszki.

Na razie poprawa, później znów pogorszenie z przebiegiem o wysokiej gorączce i wzmożeniu się bólów. W 3-im miesiącu choroby u bardzo wyniszczonej i anemicznej chorej badanie per rectum wykazało nacieki w Douglasie w małej miednicy i guzy przydatków, unieruchomiające macicę.

Operacya wykonana w klinice w 1909 r. w początkach czerwca. Cięcie poprzeczne. Opróżnienie ropni przyjajowodowych. Salpingoectomia, ovariotomia, appendectomia. Prawy ropniak z cuchnącą zserowaciałą zawartością drążył do kiszki prostej w okolicy 3-go zwieracza, w pętlicy cienkiej kiszki mały otwór. Na ścianach jajowodów widoczne były pojedyncze gruzełki. Otwór w kiszce niewielki. Szew jak zwykle. Na 6-ty dzień przedziurawienie.

Dowiedziałem się później, że stan jej jest zupełnie dobry—nie gorączkuje, pozostaje tylko niewielka przetoka kałowa.

8-my przypadek. B. B., 57 lat, mężatka. Ostatni poród przed 4-ma laty. Po porodzie gorączkowała. Chora od 1½ roku. Narzeka na bóle w lewej połowie brzucha, szczególniej przy stolcach. Obstrukcya naprzemian z rozwolnieniami; częste wzdęcia i kruczenia w kiszkach. Gorączkuje 37,5 — 38. Krwawienia dość obfite z macicy przy peryodach co 2—3 tygodni.

Badanie wykazuje powiększoną macicę w tyłozgięciu, mało ruchomą. Lewe przymacicze i przydatki zgrubiałe. Badanie romanoskopowe, wykonane przez kol. Kijewskiego Stanisł., wykazało znaczne przewężenie światła kiszki w odległości 8 cm. od odbytu, zależne od ucisku sprawą zapalną z zewnątrz.

D. 20 lutego 1908 r. operacya w klinice. Cięcie półkoliste z lewej strony. Z trwałych zrostów wyłoniono bez rozdarcia wypełniony ropą lewy jajowód. W prawym wodniak. Jamę brzuszną zamknięto całkowicie. Po operacyi gorączka spadła do normy, lecz bóle, zaburzenia kiszkowe i krwawienia z macicy nie ustały. Po wyskrobaniu macicy, czego przed operacyą nie wykonałem wobec obecności gorączki i ropy w przydatkach, wykazano, że mamy do czynienia z rakiem tronu.

D. 8 kwietnia. Wtórna laparotomia. Exstirpatio uteri totalis. Zrosty dawne i świeże, zwężające esicę, usunięto, kiszkę, zgiętą zupełnie identycznie jak w przypadku 3-im, o którym było wyżej, wyprostowano. Powłoki zaszyto doszczętnie. Bóle po operacyi zginęły. Stolce prawidłowe. Wypisała się ze szpitala zupełnie zdrowa.

Z obserwacyi powyżej przytoczonych przypadków możemy wyprowadzić wnioski następujące:

1) że po dokładnem osłonięciu pola operacyjnego serwetami niema obawy zakażenia otrzewnej ropą, zawierającą zarazki;

2) że we wszystkich przypadkach spotykaliśmy wieloogniskowe ropnie pozajajowodowe;

3) że żaden z tych ropni nie łączył się przetoką z kiszką lub pęcherzem moczowym, a przetoki drążyły zawsze do ropniaka jajowodowego;

4) że wyosobnienie ropniaków jajowodowych, po obowiązkowem nacięciu otoczki rzekomej, daje się łatwo wykonać i tylko w miejscach przetok znajdujemy b. trwałe zrosty i te właśnie wskazują nam, gdzie mamy zachowywać się ostrożnie i szukać przetok;

5) że operacye, wykonywane nawet na bardzo ciężko chorych, dają wyniki dodatnie co do życia, mniej zaś pomyślne co do doraźnego zrastania się przetok w kiszkach grubych;

6) że przetoki kiszkowe, o ile nie goiły się doraźnie, nie wywoływały zakażeń otrzewnej i dawały się później zaszywać doszczętnie;

7) że po operacyi należy wypełniać jamę szczelnie paskami gazy, sączkować zaś przez pochwę;

8) macicę wycinać nadpochwowo;

9) nigdy nie należy operować drogą pochwową w przy-

padkach powikłanych, a w niepowikłanych — unikać tej drogi. Mono, naprzykład, na 25 cięć pochwowych miał 3 zejścia śmiertelne, a w 14 tylko przypadkach poprawę dużą;

10) wycinać ropniaki należy b. doszczętnie, pozostałe kawałki mogą dawać przetoki długotrwałe;

11) samo tylko nacięcie ropniaków bywa przeważnie niewystarczające.

Regnier na 56 przypadków musiał w 23 powtarzać operacyę.

W powikłanych przypadkach Winter i Veit podają 20% zejść śmiertelnych.

Funke ze Strasburga na 12 przypadków stracił jedną chorą.

Rosthorn na 4 przypadki stracił jedną chorą.

W niepowikłanych zaś przypadkach wyniki są znacznie lepsze.

Bardenheuer z 40 chorych stracił dwie.

Z 239 przypadków Maydla z kliniki Schauty zmarło 10.

Rosthorn 58 przypadków — 4 śmierci,

Zweifel 216 „ — 2 „

Jacobi na 1540 przypadków różnych autorów podaje 5,7% zejść śmiertelnych; na 640 zaś przypadków operowanych przez pochwę 4,8%.

Moja własna statystyka w niepowikłanych przypadkach, obejmująca sporą liczbę operacyi, daje tylko jedno zejście śmiertelne z powodu następowego krwotoku z miejsca przecięcia pochwy w celu sączkowania.

Co się zaś tyczy łączności zapaleń jajowodów ze zmianami w wyrostku robaczkowym, to Dührsen znalazł je w 3% przypadków.

Aman na 28 przypadków — 17 razy

Kelly „ 200 „ — 25 „

Hermes „ 75 „ — 5,3% „

Aschaps z kliniki Kreniga podaje zmiany w wyrostku robaczkowym 50%.

Wobec wyników moich własnych i innych autorów mam prawo zachęcać do wykonywania operacyi nawet w bardzo ciężkich przypadkach, a jeszcze mocniej polecałbym nie zadawalać się zbyt długo leczeniem zachowawczem, tak często zgubnem dla chorych, a operować wcześnie.

Budowa i działanie przyrządu mechanopneumatycznego dla uruchomienia stawów kolanowego i łokciowego

podał

ADOLF SZPANBOK.

Leczenie zesztywnień i przykurczeń stawów za pomocą zmniejszenia ciśnienia powietrza jest rzeczą uznaną, i jedną z metod mechanicznych, stosowanych w celu wywołania ruchów biernych. Nie jest bynajmniej celem moim wskazywać, w jakich warunkach można i należy uciekać się do działania przyrządów mechanicznych, opierających się na zasadach zmienionego ciśnienia pneumatycznego, lecz chcę tu skierować uwagę czytelników na niezwykłą doniosłość działania tego czynnika, zwłaszcza: w przypadkach zrostów łącznotkankowych, znajdujących się zarówno naokoło stawów, jak i wewnątrzstawowych; w przypadkach zmian wskutek pierwotnych i wtórnych cierpień mięśni, przyczem częstokroć neurolog i mechanoterapeuta są zmuszeni działać współrzędnie.

Na wpływ siły pneumatycznej w tym kierunku, i na znaczenie wybitnego działania tego czynnika wskazał Bier*); za pomocą przyrządów, w których wywoływał on rozrzedzenie powietrza, otrzymywał on właśnie ten lub ów pożądany wynik mechanoleczniczy. Pomiędzy innymi, Bier zbudował przyrząd dla leczenia sztywności stawów kolanowego i łokciowego, za pomocą którego to przyrządu otrzymywał wszelako tylko zgięcie wspomnianych stawów, lecz nie prostowanie; z powodu tej okoliczności uruchomiające działanie owych przyrządów pneumatycznych było niewystarczające.

---

*) Bier. Ueber einige Verbesserungen hyperämisierender Apparate. Münchener Medizinische Wochenschrift, 1904.

Klapp *) zbudował cały szereg przyrządów mechanoleczniczych, opierających się na zasadzie działania rozrzedzonego powietrza, i otrzymywał większą liczbę pomyślnych wyników leczniczych, a mianowicie, pomiędzy innymi, i bierne ruchy, tak prostujące, jak i zginające stawy kolanowy i łokciowy.

Bier zwraca uwagę, że wobec niezwykłego znaczenia tej zasady mechanicznej, najbliższem zadaniem powinno być zbudowanie przyrządu w celu prostowania stawów kolanowego i łokciowego za pomocą ścieśnionego powietrza; jednocześnie mniema on, że w urzeczywistnieniu i wykorzystaniu tej zasady napotkamy wiele trudności.

Mechanika pneumatycznych przyrządów uruchomiających, zwłaszcza w dziedzinie prostowania i zginania dwóch najważniejszych i najczęściej atakowanych stawów—kolanowego i łokciowego, jest z rozmaitych powodów niewystarczająca. Przeto uważam za rzecz dużej doniosłości—zadanie udoskonalenia budowy na tem polu, a udatne rozwiązanie tego zadania będzie najbardziej owocne, gdyż przyrządy, uruchomiające wyżej wspomniane stawy, i działające na zasadach pneumatycznych, powinny odgrywać rolę bynajmniej nie podrzędną, lecz muszą być postawione na pierwszym planie, gdyż żaden środek, jak utrzymuje Bier, nie jest tak skuteczny w usuwaniu sztywności stawów i celowy w wywoływaniu ruchów biernych, jak przyrządy, działające na zasadach zmian ciśnienia powietrza. Utwierdziło go w tem mniemaniu leczenie tych lub owych stawów, np. dłoni i palców, dla których Bier posiada najwięcej udoskonalone przyrządy techniczne. Należy więc spodziewać się, że, skoro budowa przyrządów mechanopneumatycznych, uruchomiających stawy, okaże się odpowiednią i dla innych stawów, będzie musiało owym przyrządom być również udzielone uzasadnione i należyte miejsce w lecznictwie.

Pozwalam sobie mieć nadzieję, że zbudowany przezemnie, i przez firmę Eschbaum w Bonn n/R pod nazwą ochronną „Ankylopol“ wyrabiany przyrząd dla uruchomienia, prostowania i zgięcia stawów—kolanowego i łokciowego, zyska uznanie

---

*) Klapp. Mobilisierung versteifter und Streckung kontrakturierter Gelenke durch Saugapparate. Münchener Medizinische Wochenschrift, 1905.

w stosowaniu uzasadnionego mechanoleczenia w tych, lub owych odpowiednich przypadkach.

Dotychczasowy przyrząd Biera dla uruchomienia stawów kolanowego i łokciowego daje się używać jedynie do zginania tych stawów; stąd już widać, że istnieje potrzeba zbudowania przyrządu innego—dla prostowania skurczonych stawów.

Dalej, samo zgięcie następuje jedynie dlatego, że po zmniejszeniu ciśnienia w przyrządzie zewnętrzne ciśnienie powietrza działa na gumowe pochwy, wtłacza je do wnętrza, wskutek tego guma pociąga za sobą otaczające staw części miękkie. Naturalnie, sprężystość i wogóle dobre własności gumy stale przy takich zabiegach powoli zmniejszają się. Bez wątpienia, takie musowe mocne rozciąganie części gumowych przyrządu stanowi ważny powód, dla którego przyrząd do mechanoleczenia stawów kolanowego i łokciowego nie może być uważany za doskonały. Widzimy więc, że stawy kolanowy i łokciowy są szczególniej upośledzone pod względem możności stosowania pneumomechanoleczenia Biera, gdyż:

1. Metoda Biera nie może być stosowana do prostowania rzeczonych stawów;

2. Gumowe części przyrządu są mocno narażone na utratę sprężystości nietylko z ogólnych, ale ze specyalnych powodów, co z różnych względów bynajmniej nie jest pożądane.

Przyrządy Klappa dają nam, wprawdzie, możność otrzymywania w dziedzinie mechanoleczenia interesujących nas stawów większej ilości pomyślnych wyników leczniczych, lecz li tylko dla tych celów musimy posiadać aż cztery takie przyrządy: dwa dla stawu łokciowego i dwa — dla kolanowego, co już samo przez się jest wysoce niedogodne. Zarówno cena ich i liczba, jakoteż duże wymiary muszą stać na przeszkodzie ku ich rozpowszechnieniu. Pozatem, dzięki całemu szeregowi poniższych powodów, stanowczo nie możemy powziąć dodatniego przekonania o technicznej doskonałości wspomnianych przyrządów.

Mianowicie, badanie działania pneumomechanicznego, stopnia i siły ruchów jest tu najzupełniej wyłączone, gdyż wszystko odbywa się w zamkniętej, niedostępnej dla oka przestrzeni.

Przyrządy Klappa zawierają bardzo wiele części gumowych, oprócz bowiem pochew są tam worki gumowe, za po-

średnictwem których działa zewnętrzne ciśnienie powietrza, jako następstwo wywołanego rozrzedzenia powietrza w przyrządach. Pozatem zewnętrzna siła ciśnienia nie jest odpowiednio wyzyskana, gdyż ciśnienie działa nietylko na dno worka, przylegającego do stawu, lub części kończyny, i działające na nie, lecz siła ciśnienia rozdziela się, a nawet większa jej część kieruje się na boczne ściany worka gumowego, które to ściany nie okazują takiego oporu, jak dno. Siła działania pneumatycznego nie jest zatem należycie wyzyskana. Jakkolwiek więc przyrządy Klappa stanowią obszerniejsze pole działania w tej dziedzinie przyrządów technicznych, niż poprzednio wymienione przyrządy Biera, jednakże istnieje mnóstwo powodów, tamujących ich rozpowszechnienie:

1. Potrzeba dużej liczby przyrządów dla zabiegów uruchomiających interesujące nas stawy, co znacznie powiększa koszta urządzenia.
2. Zbyt wielka objętość przyrządów.
3. Brak możności dokładnego kontrolowania działania.
4. Nadmierna liczba części gumowych.
5. Niedostateczne wyzyskanie mechaniki siły ciśnienia.

Powyżej przytoczony szereg powodów wystarcza dla szukania nowych dróg technicznych w celu wyzyskania siły pneumatycznej w leczeniu sztywności i przykurczenia stawów, i trafna myśl Biera, by najbliższem naszem zadaniem było wynalezienie sposobu użycia siły zwiększonego ciśnienia dla uruchomienia stawów, dała mi właśnie pobudkę do skierowania pracy mej w tym kierunku. Poniżej przedstawione są podobizny przyrządu, którego techniczny opis niniejszem podaję; wydaje się on mi z wielu względów, o których następnie pomówię, praktycznem urzeczywistnieniem przyrządu, dającego się zastosować w celach mechanopneumatycznego leczenia sztywnych i przykurczonych stawów — łokciowego i kolanowego.

Technika budowy i mechanika działania.

Przyrząd składa się z metalowego zbiornika, którego jedno cięcie poprzeczne, większe, stanowi otwór dla umieszczenia części udowej kończyny dolnej, lub ramienia kończyny górnej; drugie zaś, mniejsze—otwór dla umieszczenia goleni lub przedramienia. Do zewnętrznych brzegów obu otworów przymocowane są w sposób zwykły dwie niewielkie pochwy gumowe.

W bocznych ścianach zbiornika umieszczone są dwa dość duże okienka szklane dla obserwacyi. Górna wypukła ściana zbiornika, jak również i dolna, zaopatrzone są w otwory okrągłe, w których, lub też nad którymi umieszczone zostają dodatkowe odpowiednie części przyrządu, zależnie od celu działania mechanoleczniczego.

A. Przyrząd do zginania sztywnego stawu (patrz Fig. 1).

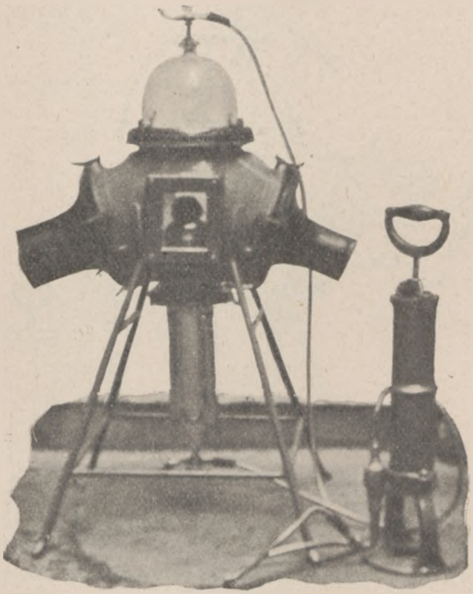


Fig. 1.

Przyrząd do zginania sztywnego stawu.

W celu uskutecznienia zgięcia, włączamy do przyrządu części dodatkowe w sposób następujący:

1. Na górny otwór nakładamy odpowiedniej wielkości i grubości miękko wyściełaną obrączkę, która wraz z następnie nasadzoną częścią—dzwonem szklanym—jednocześnie należycie przytwierdzona zostaje śrubami do zbiornika. U wierzchołka dzwonu szklanego znajduje się wentyl z kranem.

2. W dolny otwór zbiornika wsunięty i umocowany zostaje metalowy cylinder z bardzo ściśle przylegającym tłokiem

cylindrowym, poruszającym się w jego wnętrzu; na spodzie tego tłoku znajduje się nasada sprężynowa dla odpowiedniej wielkości i kształtu poduszki (peloty), miękko i sprężyście wyściełanej, wypukłej, w celu działania i wywierania ucisku na część stawu w miejscu zginania.

Zewnętrzny cylinder jest szczelnie zamknięty i posiada w pokrywie kran dla połączenia przestrzeni wewnętrznego cy-

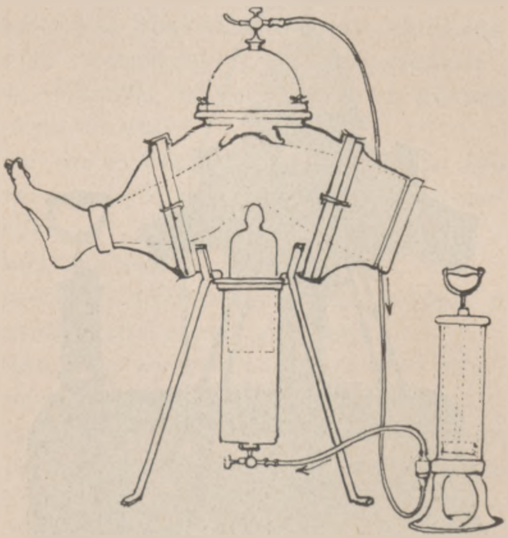


Fig. 1 a.

Szematyczne przedstawienie przyrządu przy zginaniu sztywnych stawów.

lindra z zewnętrznem powietrzem, lub dla połączenia z przyrządem, wtłaczającym powietrze.

Mechanika działania przyrządu przy opisanym układzie — zgięcie sztywnego stawu kolanowego lub łokciowego — jest następująca:

Po wypompowaniu powietrza ze zbiornika za pomocą pompy przez kran, znajdujący się w wierzchołku szklanego dzwonu i po wytworzeniu się próżni

1) zewnętrzne powietrze wchodzi przez otwarty kran wentyla w pokrywce cylindra do jego wnętrza i uciska na cylinder wewnętrzny (tłok) z poduszeczką, przylegającą do części stawu

w miejscu zgięcia; przy zwiększającym się stopniu rozrzedzenia powietrza w przyrządzie, wewnętrzny cylinder z poduszeczką wsuwa się coraz głębiej, i działa na staw w miejscu zgięcia, 2) wtłacza staw w miarę zginania się tegoż w obrączkę wyściełaną, tak że ta ostatnia, jako nowa siła mechaniczna, w postaci ucisku z zewnątrz na części kończyny, tworzące staw, przyczynia się w silnym stopniu do zgięcia stawu, wskutek czego mo-

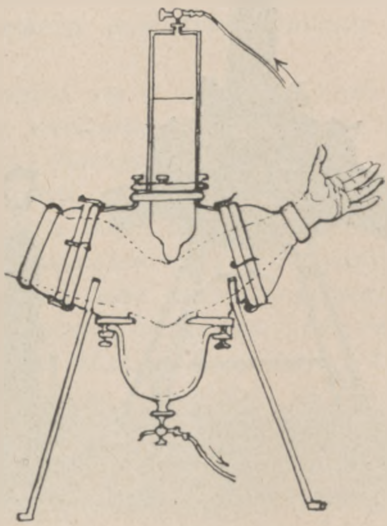


Fig. 1 b.

Szematyczne przedstawienie przyrządu przy zginaniu sztywnych stawów.

że nawet nastąpić moment, 3) kiedy staw, wsunięty w obrączkę, zupełnie zamknie otwór, łączący przestrzeń w dzwonie z przestrzenią w zbiorniku, i wtedy będą mogły działać jednocześnie: a) siła, przysysająca staw ze strony przestrzeni dzwonu i w taki sposób przyczyniająca się do zgięcia stawu w obrączce i b) siła, tłocząca coraz silniej pelotę w miejscu zgięcia, i przez to wzmagająca samo zgięcie.

4) Siła zewnętrzna ciśnienia może być zależna li tylko od otwarcia kranu w cylindrze i równać się przeto sile ciśnienia atmosferycznego, lub też może być większa, jeżeli jednocześnie wypompowywane za pomocą pompy ssącotłoczącej powietrze

będzie wtłaczane z dużego zbiornika do niewielkiego cylindra, przez co będziemy działać na tłok i poduszeczkę ścieśnionem powietrzem, a więc powiększonem ciśnieniem.

B. Przyrząd do prostowania przykurczonego stawu (patrz Fig. 2).

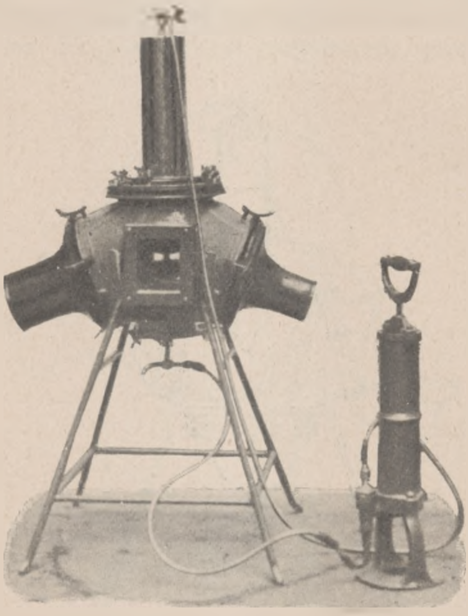


Fig. 2.

Przyrząd do prostowania przykurczonego stawu.

Do zabiegów mechanicznych, mających na celu prostowanie stawów, umieszczamy dodatkowe części przyrządu w sposób następujący:

1) W górnej części zbiornika zamiast szklanego dzwonu i obrączki umieszczamy należycie przymocowany, wiadomej już budowy, cylinder ze ściśle przylegającym, poruszającym się w nim tłokiem, zaopatrzonym w odpowiednio uformowaną dla wypukłej części stawów kolanowego lub łokciowego poduszeczkę.

2) Na dolny otwór zbiornika nakładamy pokrywkę z kra-

nem dla działań pneumatycznych — dla wypompowywania powietrza ze zbiornika.

Przy wypompowywaniu powietrza ze zbiornika i wtłaczaniu go za pomocą pompy ssącotłoczącej do wewnętrznej przestrzeni cylindra przez kran w jego pokrywce, wtłaczamy jednocześnie i tłok z poduszeczką.

A więc, mechanika czynności prostowania stawów składa się z momentów następujących:

1) Z powodu mniejszego oporu w zbiorniku, można otrzymać w rozrzedzonem powietrzu silniejszy skutek nakładem mniejszej siły.

2) Zmniejszająca się w zbiorniku ilość powietrza zostaje zastąpiona przez wtłaczający się cylinder z poduszeczką, przylegającą do stawu chorego; w ten sposób poduszeczka działa na prostowanie stawu.

3) Siła działania może być powiększona i lepiej wyzyskana, gdyż wyssane powietrze spożytkowujemy jednocześnie, jako siłę tłoczącą; większa ilość wypompowanego ze zbiornika powietrza zostaje wtłoczona w mniejszą przestrzeń cylindra, przeto

4) jednocześnie działają dwie siły, z dwóch stron stawu, wprawdzie wręcz sobie przeciwne, lecz w jednym kierunku, a mianowicie, ssąca ze strony powierzchni zgięcia stawu, i tłocząca — ze strony powierzchni rozgięcia stawu.

Zauważyć też należy, że te „biegunowo“ (polus) przeciwne siły powietrzne — tłocząca i ssąca, lecz działające uzupełniająco na uruchomienie sztywnych stawów, uzasadniają właśnie nazwę przyrządu — „ankylopol“.

Sądzę, że zastosowanie działania zwiększonego ciśnienia zgęszczonego powietrza do pneumomechanoleczenia sztywności i przykurczenia stawów — kolanowego i łokciowego — daje się pomyślnie urzeczywistnić w powyższy praktyczny sposób; technikę zaś budowy i mechanikę działania należy uważać za dodatnie z wielu względów, o których pomówimy niżej.

1. a) Przyrząd jest pojedyńczy, wspólny tak dla zginania, jak i dla prostowania stawów kolanowego i łokciowego; b) części przezroczyste, szklane, dla obserwowania kończyny, są w dostatecznej ilości, natomiast gumowych części mamy tu niewiele; c) te zaś pochewki, które znajdują się w przyrządzie, służą jedynie do zamykania przestrzeni zbiornika, podlegają zaś nie-

znacznemu tylko i krótkotrwałemu rozciąganiu z przyczyn, o których wspominaliśmy powyżej, mianowicie, że cylindrowy tłok pod zwiększonem ciśnieniem zastępuje powstającą w zbiorniku próżnię.

2. Siła działania ciśnienia powietrza jest możliwie wyzyskana, gdyż wpompowane pod ciśnieniem do cylindra powietrze koncentruje się przeważnie na dnie, na tłoku, przylegają-

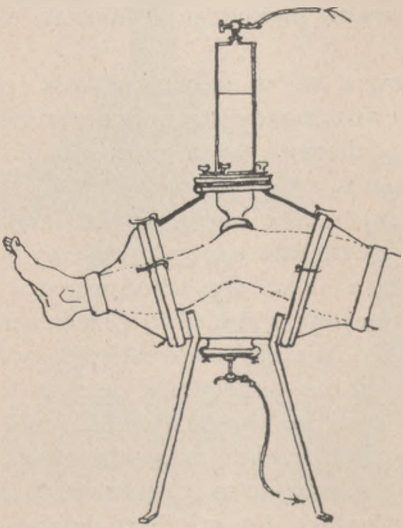


Fig. 2a.

Szematyczne przedstawienie przyrządu przy prostowaniu przykurczonych stawów.

cym do przedniej lub tylnej części stawu miękką poduszeczką, a nie na niepodatnych bocznych ścianach cylindra; podczas gdy, naprzykład, w przyrządach Klappa siła ciśnienia z powodu warunków mechanicznych kieruje się więcej na boczne ściany gumowych worków, w miejsca ze zmniejszonym oporem, a więc mniej na część worka, przylegającą do stawu, lub części kończyn.

3. Siła działania na tłok może być, w miarę potrzeby, zwiększona lub też zmniejszona, gdyż możemy zamknąć kran w pokrywce zewnętrznego cylindra lub też otworzyć go i wpom-

powywać mniej lub więcej powietrza; jednem słowem, warunki techniczne umożliwiają regulowanie stopniowania ciśnienia na tłok z poduszeczką.

4. a) krótkotrwałe zaś zmniejszanie ciśnienia, a więc oporu w zbiorniku, jest przedwstępnym i przygotowawczym etapem dła łatwiejszego działania i wsuwania się tłoka;

b) równocześnie powstają jakby peryodyczne, pulsujące

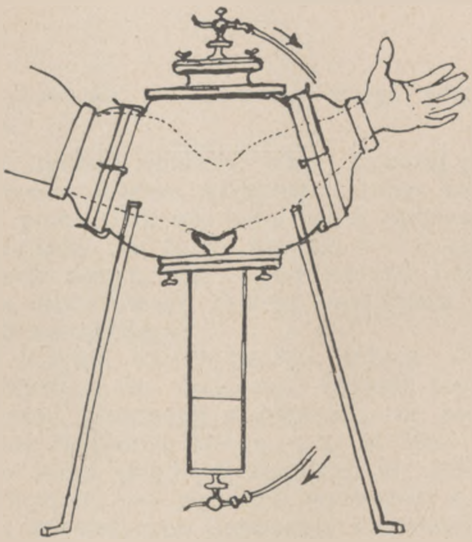


Fig. 2 b.

Szematyczne przedstawienie przyrządu przy prostowaniu przykurczonych stawów.

zmiany ciśnienia, a wskutek tego zmiany cyrkulacyjne i krótkotrwałe przekrwienia, które mają dodatni wpływ na te, lub owe objawy chorobowe w sztywności i przykurczeniu stawów, jak np. na bezbolesność uruchomienia, na odżywianie i wzmacnianie się mięśni i t. d.

5. Siła pneumomechanoleczniczego działania uskutecznia się in loco morbi, t. j. bezpośrednio na stawie, co jest bardziej uzasadnione i mechanicznie korzystniejsze.

6. Leczenie mechanopneumatyczne za pomocą mego przy-

rządu posiada i znaczenie ekonomiczne. Występuje ono tem wybitniej w moim przyrządzie dla zginania i prostowania stawów najważniejszych, jak już wspominaliśmy, atakowanych najczęściej, gdyż jest to metoda mechanolecznicza bardzo uprzystępniona i odpowiednia dla sfer mniej zamożnych, robotniczych, dla środowisk prowincyonalnych, zwłaszcza fabrycznych, gdzie dotychczas nie dawano dostatecznej pomocy, i dla chorych, pozostających w takich warunkach, wyłączona była możność odzyskania uruchomienia stawów.

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Riedel. *Leczenie jednostronnej wargi zajęczej, powikłanej wilczą paszczą.*

Akta nad sprawą operacyi wargi zajęczej przy wilczej paszczy nie są wcale jeszcze zamknięte, mimo że nader rzadko coś się o tem pisze. Tak np. jedni radzą operować zaraz w kilka dni po przyjściu na świat, inni po 6 — 9 miesiącach, jedni operują najpierw wargę, inni — podniebienie i t. p.

Autor na mocy swego dużego materyału radzi postępować w sposób następujący:

Operuje jedynie dzieci bardzo dobrze odżywione, wzgl. poleca je odżywiać do operacyi. Zwykle nie operuje przed 6 — 9 miesiącem. Operacya w uśpieniu, ze zwieszoną głową. Operuje zawsze najpierw wargę, a to w celu wsunięcia zczasem przez to kości międzyszczękowej; nie należy tejże nigdy wsuwać operacyjnie, bo zczasem wytwarza się potem wklęsłość. Wynik kosmetyczny doskonały na wardze uzyskać można jedynie przez podpreparowanie maski twarzy aż do wyjścia drugiej gałązki nerwu trójdzielnego, przyczem odłącza się odpowiednie skrzydełko nosa od otworu gruszkowatego. Następnie bierze się bardzo duży płat Miraulta (a po odpreparowaniu maski można sobie na to pozwolić), odcinając nawet z niego cały wierzchołek i nakłada szwy, wytwarzając odpowiednią do strony drugiej dziurkę nosa.

Wyniki kosmetyczne ma R. znakomite.

(Münch. med. Woch. № 1. 1911).

A. KLĘSK.

Lexer. *Zupełne zastąpienie przełyku.*

Zastępowanie sztuczne przełyku znalazło swe konkretne zastosowanie właściwie dopiero w r. 1907, kiedy Roux u dziecka, cierpiącego na dobrotliwe zwężenie przełyku, zastąpił tenże pętlą jelita czczego, wyosobnioną i wszczepioną końcem odcho-

dowym do żołądka, a ustnym po podpreparowaniu skóry klatki piersiowej w skórze nad mostkiem.

Jeden przypadek, operowany w ten sposób przez Lexera, nie dał wyniku dodatniego i pętla wyosobiona uległa zgorzeli; może być — dlatego, że u dorosłego warunki krążenia są inne, jak u dziecka, a być może — umieszczenie pętli przed kiszką grubą wywołało utrudnienie krążenia.

Podobną zgorzel spostrzegali i inni operatorowie, jak Kocher, Wullstein i t. p, i dlatego radzą oni pętlę przeprowadzać przez otwór, w krezce okrężnicy i więzie żołądkowookrężniczym zrobiony.

Herzen uzyskał w ten sposób u 20-letniej kobiety dobry wynik, a nawet udało mu się połączyć w jugulum jelito wyosobnione z poprzecznie przeciętym przełykiem.

Dążenia autora szły znowu w innym kierunku, mianowicie—pragnął on większą część przełyku zrobić z kanału, stworzonego ze skóry po zrezygnowaniu z ruchu robaczkowego przełyku.

Z początku pragnął Lexer stworzyć kanał skórny od jugulum do żołądka, jednak okazało się, że połączenie żołądka z rurą skórną jest na stałe bardzo trudne, bo tworzyły się przetoki. Wobec tego powstała u autora myśl, uwieńczona w końcu dodatnim skutkiem, połączenia sposobu Rouxa ze swoim, t. j. połączenia żołądka z pętlą wyosobnioną, a tejże—dalej z kanałem skórnym, a tegoż znów z resztą przełyku.

Operacya ta udała się w zupełności u 27-letniej dziewczyny, cierpiącej na zwężenie przełyku po wypiciu kwasu siarkowego. Dotychczasowe leczenie, t. j. zgłębnikowanie bez trwałego skutku, wobec czego utworzenie przetoki żołądkowej i zgłębnikowanie od dołu i ezofagotomia i sondowanie samej blizny.

D. 16 maja 1908 r. wykonał autor najpierw operacyę Rouxa, wszywając pętlę nie na jugulum, lecz do wysokości dolnego brzegu sutka. D. 1 lipca stworzenie — ze skóry klatki piersiowej kanału podskórnego od ujścia jelita aż na dwa palce ponad staw obojczykowo mostkowy na stronie lewej. Dolne ujście kanału połączono zaraz z ujściem jelita.

Potem wykonano liczne mniejsze zabiegi, bo blizny chciały niweczyć wynik operacyi. W lutym 1910 r. udało się już gruby zgłębnik dobrze przez ów kanał wprowadzić do żołądka, a w kwietniu dokonał Lexer ezofagotomii, przyczem oswobodził przełyk i przesunął go na lewo, a w pewien czas zeszył go z kanałem skórnym. Na końcu zaś, ponieważ autor opuścił Królewiec, Frangenheim dokończył reszty, t. j. po podpreparowaniu zeszył nad obu otworami skórę.

W październiku chora mogła już doskonale łykać, popija-

jąc przy stałych pokarmach wodą. Z początku odczuwała pacyentka w owej skórnej rurze swędzenie, co z czasem ustąpiło.

Widać z tego, że obecnie możemy już liczyć na możność sztucznego zastąpienia przełyku, co pewnie znów zachęci nas do energicznego postępowania w cierpieniach przełyku, zwłaszcza — rakach we wczesnych okresach, co dotąd nie dawało pomyślnych wyników, może być, dlatego, że z początku sondowano, rozszerzano i tracono czas na korzystną jeszcze chwilę do operacyi..

(Münch. med. Woch. № 29. 1911).

A. KLĘSK.

Kuester. *Próba leczenia raka przełyku i wpustu.*

Dotąd nie udaje się operacyjnie leczyć raka przełyku i wpustu, i dlatego oglądać się musimy za innymi sposobami. W tem cierpieniu chodzi nam przedewszystkiem o doprowadzanie pokarmu i łagodzenie bólów. Wiemy, że klinicznie rozróżniamy tu dwa rodzaje guzów: miękkie i twarde. Pierwsze, wprawdzie w istocie gorsze, mniej jednak dokuczają chorym, albowiem nie tak mocno zatykają światło, względnie ciągle się rozpadają. Natomiast drugie stanowią dla przełykania poważną przeszkodę.

I z tego powodu starać się powinniśmy właśnia te postacie twarde zmiękczyć, gdyż są one częstsze.

Od r. 1909 stosuje K. w tym celu połączenie leczenia fibrolizyną i zgłębnikowanie. Wstrzykuje dwa razy na tydzień po 2,25 podskórnie fibrolizyny Mercka w podbrzusze, a to w celu uspokojenia chorego, który więcej wierzy lekowi, podawanemu w sąsiedztwie cierpienia.

Statystyka autora obejmuje 8 przypadków. Wprawdzie nie może być i tu mowy o trwalszych wynikach, ale, bądź co bądź, bezwarunkowo sprawia się chorym chwilową ulgę, łagodzi cierpienia i wraca chwilowo możność odżywiania się.

Wprawdzie ryzykujemy nieraz tu — zgłębnikując — przebicie, są to jednak i tak już przypadki zrozpaczone.

(Medizin. Klinik. №. 25. 1911).

A. KLĘSK.

Liebermeister. *W sprawie leczenia zwężającego raka przełyku.*

W postępowaniu z chorymi, cierpiącymi na rakowe zwężenie przełyku, staramy się mechanicznie zwężenie rozszerzać, unikamy potraw drażniących, względnie — podajemy kilka dni wlewania do kiszki odżywcze, co nieraz łagodzi cierpienia. Zalecają też niektórzy w tym celu oliwę.

Najlepsze wyniki dotąd daje w podobnych przypadkach morfina i atropina w kombinacyi, na pół godziny podane przed zamierzonym posiłkiem. Doświadczenie bowiem nauczyło, że zwężenie zwykle jest względnie zupełne, t. j. polega więcej na spazmie mięśni w miejscu zwężonem, leki łagodzące więc znoszą to podrażnienie i kurcz mięśni, wracając przez to nieraz drożność.

Niestety — łatwo chorzy przyzwyczajają się do tych środków.

Natomiast bardzo wartościowe usługi oddał autorowi środek, który gorąco zaleca do próby, a mianowicie 1°/$_0$ woda utleniona, którą sobie chory pije łykami ze szklanki co godzinę.

W 11 przypadkach spostrzegał L. przytem bardzo dobre wyniki, t. j. poprawę możności połykania, a przez to wzmocnienie sił i apetytu. Woda utleniona oczyszcza owrzodzenia, odwania wytwory rozkładowe i działa mechanicznie korzystnie.

W razie więc absolutnego zwężenia radzi Liebermeister: odżywianie wlewaniami, przez usta 2—3 dni co godzinę łyk 1—2 procentowej wody utlenionej. Potem próba podawania płynów, a jeżeli to nie udaje się, to na pół godziny przed jedzeniem trzy razy dziennie 0,01 morfiny i 0,001 atropiny podskórnie. Zgłębnikowanie zostawia L. dopiero na sam koniec.

(*Münch. med. Woch. № 38. 1911*).

A. KLĘSK.

Exner. *Nowe operacyjne postępowanie w wiądowych kryzach żołądkowych.*

Ponieważ po operacyi Förstera spostrzegał Exner wprawdzie ustanie bólu, ale dalej—wymioty, przeto doszedł do przekonania, że właściwie atak powodują wymioty, mające znów tło w zaburzeniach nerwu błędnego, a bóle są dopiero zjawiskiem wtórnem, przeniesionem drogą korzeni.

Wobec tego przeciął E. w dwóch przypadkach nerwy błędne przy wpuście, a celem uniknięcia powikłań dodał wytworzenie przetoki żołądkowej i wsunął sączek okienkowy do dwunastnicy, by uniknąć spazmu odźwiernika.

W jednym przypadku nerwy okazały się rzeczywiście schorzałe, i tak bóle jak wymioty po operacyi ustały, natomiast rozwinęła się chorobowa atonia żołądka.

W drugim, gdzie nerwy były mniej zmienione, wywiązała się silna atonia; nie sączkowano jednak tu żołądka.

Zabieg ten jest znacznie mniej niebezpieczny, niż operacya Förstera.

(*Deutseh. Zeit. f. Chirurg. 111*).

A. KLĘSK.

Sasse. *W sprawie doszczętnej operacyi raka żołądka.*

Obecnie wycinamy raki żołądka doszczętnie, a więc wyjmując prawie cały żołądek. Prócz tego, jednak, unikniemy nawrotów, jeżeli zarazem usuniemy i przynależne gruczoły i drogi chłonne. Zwykle usuwa się gruczoły wzdłuż dużej i małej krzywizny, a potem na trzustce i tylnej ścianie brzusznej. Natomiast nie zwraca się wcale uwagi na drogę, leżącą pośrodku, a jest nią sieć duża.

Autor usuwa zawsze dlatego sieć razem z więzem żołądkowookrężniczym i sądzi, że temu zawdzięcza swoje dobre co do trwałości wyniki nawet w rakach rozległych i szybko rosnących. Postępować należy tak zwłaszcza w rakach krzywizny wielkiej i odźwiernika, a mniej — krzywizny małej.

(Münch. med. Woch. № 42. 1911).

A KLĘSK.

Russel S. Fowler. *Wrzód dwunastnicy.*

Autor zwraca uwagę na to, że dla zupełnego wyleczenia wrzodu dwunastnicy należy usunąć przyczynę cierpienia. Statystyczne dane dowodzą, że wrzód dwunastnicy umiejscawia się w 90% przypadków na przedniej ścianie tejże, to jest w miejscu, które jest najbardziej drażnione przez pokarmy. Należy więc inną drogą skierować prąd pokarmowy.

Zespolenie żołądka z jelitem samo nie może zabezpieczać od nawrotu. Jeżeli po takiem zespoleniu nastąpi wyleczenie wrzodu bez zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy wskutek blizny, otwór sztuczny może ściągnąć się i doprowadzić do takich samych warunków, jakie sprowadziły wrzód początkowy. Operacyą więc najsłuszniejszą będzie zespolenie żołądka z jelitem wraz ze sfałdowaniem okolicy wrzodu tak, by dwunastnica została zwężona, a czynność odźwiernika — na zawsze wyłączona, czem zapewnia się funkcyonowanie otworu w miejscu zespolenia. Po zwykłem zaś zespoleniu żołądka z jelitem pokarm przechodzi nietylko przez otwór sztuczny, ale i przez odźwiernik, co podtrzymuje drażnienie błony śluzowej w dwunastnicy.

(International Journal of Surgery, tom 24, № 4, 1911).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Kappis. *Kilka praktycznych wskazówek do leczenia otrzewnowej niedrożności jelit.*

W razie niedrożności jelit w zapaleniu otrzewnej poleca autor przedewszystkiem stałe opróżnianie żołądka z pomocą lewara, t. j. węża, założonego do żołądka przez nos na stałe podług rady Westermana. Wsuwa się rura № 10 — 15 skali

Jaquesa dobrze nasmarowana, i dolny koniec odprowadza się do naczynia szklanego pod łóżkiem.

Wynik, nieraz zdumiewający, uchrania chorych od przetoki jelitowej, dozwala odrazu chorym pić dowoli, usuwa pragnienie, wysychanie, czkawkę i wymioty. Chorzy uspakajają się rychło, znika ciśnienie żołądka i ucisk na dwunastnicę.

Bezwarunkowo sposób ten jest lepszy od poleconej przez Lennandera przetoki żołądkowej. Zadługo nie należy jednak trzymać rurki ze względu na możnośc wystąpienia odleżyny; względnie wyciąga się ją i po pewnym czasie znowu wprowadza.

Celem poprawy krążenia treści jelita przy enterostomii wprowadza K. do tejże rurkę w kształcie litery T aż do czasu, gdy zewnętrzna przetoka się nie zaciągnie.

W zapadach poleca K. wlewania śródżylne rozczynu soli kuchennej z adrenaliną.

(Münch. med. Wochenschr. № 1. 1911).

A. KLĘSK.

Vogel. *Przypadek przewlekłego zapalenia wyrostka, powodowany śluzowym polipem wyrostka.*

13-letni chłopiec cierpiał od kilku lat na przewlekłe zapalenie wyrostka. Ostrych napadów nie było, ale zawsze w okolicy wyrostka tępe bóle i gniecenia, i wyczuwalny podłużny opór.

Operacya: przy końcu wyrostka znaleziono zgrubienie, a po otworzeniu przekonano się, że siedzi tam polip, który wywołał odleżynę przeciwległej ściany wyrostka. W dwa lata potem objawy niedrożności; rozpoznano wgłobienie na tle polipa. Nowa operacya potwierdza to rozpoznanie, bo znaleziono 20 cm. wgłobienia, a na szczycie polip wielkości orzecha włoskiego.

(Münch. med. Wochenschr. № 41. 1911).

A. KLĘSK.

Schwarz. *W sprawie fizyologii i patologii ruchów ludzkiego jelita grubego.*

Sprawa ruchów jelita grubego, obchodząca żywo tak internistę, jak i chirurga, nie jest jeszcze na człowieku zupełnie wyjaśniona. Holzknecht w ostatnich czasach doszedł do przekonania, że ludzkie jelito grube zwykle jest bez ruchu, i tylko 3 — 4 razy dziennie wykonuje energiczne błyskawiczne ruchy robaczkowe.

Wprawdzie takie ruchy istnieją, ale nie można powiedzieć, żeby były one jedyne w jelicie grubem.

Prócz nich spostrzegamy bowiem jeszcze ruchy ciągłe, które poznajemy po zmianach konturów w wypukleniach okrężnicy (haustra). Ruchy te w miarę blizkości odchodu stają się słabsze, a natężenie ich jest większe u osób, skłonnych do zaparcia. Nie można mówić o specyalnych ruchach antiperistaltycznych u człowieka, lecz raczej o t. zw. pendutowych, które typowo spostrzega się i na jelitach cienkich.

Ruchy te ciągłe mają za zadanie mieszanie dokładne treści. Ruchy, opisane przez Holzknechta, natomiast stoją w związku z opróżnianiem jelit, wzgl. stolcem, i spostrzega się je np. typowo wśród oddawania stolca, a nieraz osobnik odczuwa je podmiotowo. Treść w jelicie grubym posuwa się, pchana kilku czynnikami. Przedewszystkiem działa tu vis a tergo, bo tak samo posuwa się treść po ogołoceniu kiszek z błony mięsnej (Müller i Hesky) i w chorobowych zajęciach ścian jelita grubego. Dalej posuwają treść wspomniane drobne ruchy, działające podobnie, jak kucharka przy walcowaniu ciasta, które robi się przez to węższe a znacznie dłuższe, a w końcu energicznie przepędzają treść ruchy duże Holzknechta. Tłocznia brzuszna wreszcie pomaga w oddawaniu stolca i gazów.

Wynika z tego jasno, że prócz przyczyn anatomicznych zaparcie stolca powodować mogą rozmaite czynniki.

A więc przedewszystkiem zmniejszenie lub brak owej „vis a tergo" np. wskutek małego dowozu pokarmów, lub też ciał, ulegających w całości wessaniu, dalej—przy wysoko położonych zwężeniach lub kurczach żołądka i jelit, ev. przy zwolnionem dostawaniu się treści jelit cienkich do grubych, np. przy opadnięciu kiszek.

Naturalnie, zaparcie powodować też będą wadliwe ruchy jelita grubego i to tak w sensie zmniejszonej (adynamia), jako też zwiększonej ruchliwości (hyperkinesis), powodującej brak koordynacyi ruchu kiszek.

W przypadkach patologicznych ruchy kiszek grubych naturalnie się zmieniają. Zwykle przy zwężeniach nie można rentgenografiami stwierdzić ruchów, co najwyżej—t. zw. stawianie się jelita a polegające na wzmożonej perystaltyce, biorącej początek od miejsca zwężenia.

(Münch. med. Wochenschr. № 28. 1911).

A. KLĘSK.

Dreesmann. *Przyczynek do operacyjnego leczenia krwawnic.*

Stosowane obecnie sposoby leczenia krwawnic mają liczne wady. Wypalanie, stosowane w stanach zapalnych i owrzodzeniach, powoduje tworzenie się ran, trudno gojących się, sprawia następowe bóle i krwotoki. Podwiązywanie nadaje się tylko

w guzkach pojedynczych, a wycinanie powodować może zwężenia, zakażenia lub krwotoki następowe.

Wobec tego autor podaje sposób, który operacyjnie usuwa krwawnice doszczętnie, a nie ma wad sposobu Whiteheada, a mianowicie — dochodzi do krwawnic z cięcia po za obrębem błony śluzowej od zewnątrz.

Cięcie poniżej i powyżej odchodu na granicy skóry łukowate 7 — 8 cm. długie, podminowanie skóry aż do kiszki ze wszystkich stron, wycięcie rozszerzonych żył, przyczem uważać należy, by nie zranić błony śluzowej, wzgl. zaszywa się zaraz takową szwem strunowym. Dokładne zatamowanie krwawienia, szew skórnych cięć, tampon w stolec i umocowanie tegoż plastrem. Siódmego dnia usunięcie szwów lub klamerek (opium i dyeta przez tydzian) i lawatywa.

Zaletami metody tej są: operowanie czyste, szybkie gojenie się, nienaruszanie błony śluzowej odchodu, a przez to niemożność stworzenia zwężenia i bolesności przy stolcach.

Natomiast nie nadaje się ten sposób przy pojedynczych guzach lub w stanach zapalnych i zakażeniach, jest wskazany zaś w krwawnicach dużych, obejmujących wiankiem stolec, bez wypadania błony śluzowej.

(Mediz. Klinik. № 30. 1911).

A. KLĘSK.

Frangenheim. *Plastyka zwieracza podług Schoemakera.*

Celem usunięcia niedomykalności zwieracza zewnętrznego podano wiele sposobów myoplastycznych. Właściwie pierwszy podał sposób Schoemacker na 38 zjeździe chirurgów. Schoemacker uzyskuje domykalność, tworząc zwieracz z pasów mięśniowych, wziętych z mięśnia pośladkowego dużego, i okalając nimi odbyt, po podminowaniu poprzedniem skóry. Frangenheim donosi o dwóch przypadkach pomyślnego zastosowania tego sposobu, gdzie uzyskano z czasem zupełną domykalność, bo nawet na wiatry i stolec płynny. Wogóle dotąd donoszą o korzystnych wynikach tej operacyi, pamiętać jednak należy, że wskutek podminowania skóry można zranić kiszkę, i że trzeba koniecznie ranę tamponować, bo zakażenia, nawet późne, są na porządku dziennym.

Inni operatorowie zmienili ową plastykę mniej, lub więcej szczęśliwie. Welcke używa prócz m. glutaeus także m. coccygeus, tworząc z nich pętle. Tandler i Halban używają m. glutaeus także do leczenia wypadnięcia części rodnych i t. p.

Sposób Schoemackera zasługuje w zupełności na dalsze stosowanie.

(Medizin. Klinik. № 51. 1911).

A. KLĘSK.

Henschen. *O zastąpieniu pierścienia z drutu Thierscha w operacyi wypadnięcia kiszki stolcowej z pomocą plecionego powrózka z jedwabiu, przeszczepionego wolno naczynia, części ścięgna, okostnej lub powięzi.*

W r. 1891 Thiersch podał wcale oryginalny sposób leczenia wypadnięcia kiszki stolcowej, bo z pomocą pierścienia, utworzonego z podprowadzonego pod skórą naokoło stolca srebrnego drutu. Z czasem dokoła drutu tworzy się pierścieniowata blizna, tak że potem drut już usunąć można.

Niestety, drut ten czasem sprawia duże dolegliwości np. bóle przy siedzeniu, oddawaniu stolca, ropieje, tworzy przetoki i t. p., tak, że go zaraz usunąć trzeba, i wtedy nie będzie pożądanego wyniku operacyi. W miejsce drutu poleca Henschen warkoczyk z jedwabiu lub — co lepiej — część naczynia krwionośnego, ścięgna, okostnej lub powięzi np. szerokiej, wziętych od samego pacyenta lub ze świeżych zwłok. W ten sposób uzyskał w jednym przypadku znakomity wynik (powięź z uda).

Należy wsuwać ów kawałek nie zanadto blizko podskórnie. Użyć go można także do domykania anus sacralis, i przetok kałowych po operacyach.

(Münch. med. Woch. № 3. 1912).

A. KLĘSK.

Werner. *Hernia subdiaphragmatica intercostalis.*

Przypadkowo w przebiegu operacyi raka piersi znalazł Werner w VI międzyżebrzu przepuklinę wielkości kasztana w lewej linii sutkowej, zawierającą przyrośnięty kłębek sieci. Przez skórę zupełnie tego wyczuć nie można było, objawów też żadnych chora z tego powodu nie miała. Przy wdechu przepona ukazywała się w otworze dla oka, a palcem wyczuć można było wątrobę i żołądek.

Zaszycie bramy jedwabiem, wygojenie.

Przepukliny tego rodzaju (Werner uważa je za wrodzone wady) dotąd nie opisano.

(Münch. med. Woch. № 33. 1911).

A. KLĘSK.

Case. *Rentgenstereoskopia żołądka i kiszek.*

Rentgenstereoskopia polega przedewszystkiem na zrobieniu dwóch zdjęć w krótkim po sobie przeciągu czasu z przesunięciem o 6 cm., t. j. przeciętnej różnicy w odległości źrenic. Aby takie zdjęcie dobrze wypadło, trzeba usunąć z jednej strony ruchy naturalne, np. polecić zatrzymanie oddechu, a z drugiej pracować bardzo szybko, t. j. zmienić kliszę i przesunąć lampę. Obecnie dzięki ulepszeniom technicznym jest to zupeł-

nie możebne. Klisze zmienia automatycznie np. kaseta Snooka, a obecne instrumentaryum dozwala na zrobienie zdjęcia niemal błyskawicznego. A takie zdjęcia stereoskopowe są niezmiernie potrzebne, albowiem to, co widzimy na zwykłej kliszy, jest zlepem rzutów na płaszczyznę, który nieraz wprost nas myli, patrząc zaś przez stereoskop, widzimy wszystko tak, jak w naturze. Zwłaszcza znakomicie wychodzą przytem wszelkie złogi, położenie organów, umieszczenie ciał obcych, stan kiszek, napełnionych bizmutem, organa klatki piersiowej i t. p.

Zwłaszcza dla badania przewodu pokarmowego stereoskop jest wprost nieoceniony, np. przy obserwowaniu przełyku, przepony, kiszki grubej i zagięć tejże, wrzodów żołądka, zwężeń, przetok i t. p. Przy odwróceniu klisz widzimy ciało tak samo znowu od strony tylnej. Manges w ten sposób mierzy miednicę u kobiet.

Ideałem by było, by można wprost stereoskopowo prześwietlać i oglądać na ekranie ciało.

(*Münch. med. Woch.* № *1. 1912*).

A. KLĘSK.

Aldor. *Technika i wskazania rektoromanoskopii i endoskopowego leczenia.*

Do badania używa A. wyłącznie pozycyi kolankowołokciowej, gdyż przytem, jak to wykazał i Schreiber, wskutek ujemnego ciśnienia w brzuchu rozszerza się odbytnica. W pozycyi na boku ciśnienie to przechodzi nawet w dodatnie. Wobec tego odpada też potrzeba używania wzierników, opatrzonych aparatem do rozdymania. Aldor używa przyrządu swego pomysłu. Składa się on z 3 tubusów, które mogą być kolejno ze sobą połączone do długości 33 cm., co jest korzystne, bo odpada potrzeba wprowadzania raz dłuższego, to znów krótszego tubusa do rekto- lub romanoskopii, dalej z przyrządu do oświetlania (lampka znajduje się zupełnie ochroniona od zawalań) a wreszcie z obturatora.

Chorych zupełnie nie potrzeba do badania przygotowywać ani znieczulać, chyba że cierpią na biegunki. Oczyszcza się pole wacikami, napojonymi oliwą na długich na 70—75 cm. drutach. Wprowadzać należy tubus z obturatorem ostrożnie i zaraz, wprowadziwszy na 3 cm. pod kontrolą oka, usunąć obturator. Dochodzimy w ten sposób do vertex flexurae, który leży 35 cm. odległy od anus, po za nim flexura tworzy ostry kąt, przechodząc w colon. Wsuwać tubus dalej wolno, gdy po za nim widzimy wolne światło jelita na 1 cm. W razie rzeczywistego zwężenia cofamy się.

Wskazania do badania wziernikiem stają się obecnie coraz to częstsze. Dzięki nim rozpoznajemy już szczegółowo

różne sprawy, dawniej nieraz przeoczone. W pierwszym rzędzie chodzi tu o nowotwory wysoko położone, dalej — różne sprawy zapalne i t. p. Nieraz częste krwotoki odnosi się do krwawnic, a tymczasem wziernik wykazuje inną sprawę chorobową, choćby np. bardzo częste proctitis chronica haemorrhagica. Przy każdem przewlekłem zaparciu lub wykazanem choćby mikroskopowo lub chemicznie krwotoczku, mależy badać wziernikiem.

Przeciwwskazaniami do badania są: zwężenia organiczne, ostre dokołaodbytnicze wzgl. otrzewnowe sprawy zapalne i silne krwawienia.

Co do leczenia, to próbujemy już tu i owdzie usuwać tą drogą małe guzki, polipy, skrobać, lapisować, przypalać i t. p. Również możemy w ten sposób leczyć nieżyty, podając wprost na chorą błonę śluzową leki np. lapisowanie, wsypywanie kombinacyi:

Rp.	Phenoform pulv.	20,0
	Xeroform	15,0
	Acid. tannic.	15,0
	Magn. ust.	70,0

Tą ostatnią wypełnia np. autor rectum przy sprawach zapalnych, potem każe leżeć z proszkiem pewien czas na plecach i daje nalewkę opium, by stolec zatrzymać.

Wstrzymuje to leczenie krwotoki, bóle, swędzenia i t. p.

(Medizin. Klinik. № 3. 1912).

A. KLĘSK.

Arnsperger. *Trwałe wyniki i nawroty po operacyach kamicy żółciowej.*

Materyał kliniki heidelberskiej od r. 1907 — 1909 obejmuje 230 operacyi kamicy. Śmiertelność 6.9°/₀. Badano następowo 147 pacyentów; u 64,6°/₀ zupełnie dobry stan i wyleczenie. U 24 operacya powtórna (u 11 kamienie pozostawione, zresztą zrosty, guzy i t. p.).

Nawroty i przypadłości jedynie po nacięciu pęcherza, stosowanem dawniej. Natomiast po wycięciu woreczka spostrzegano 8 „nawrotów", z tego w dwóch operowano z powodu przetoki, w 2 z powodu zwężającej przewód wspólny blizny, w reszcie z powodu raka. Wynika z tego, że po wycięciu woreczka nie spostrzegano ani razu rzeczywistych, a nawet pozornych nawrotów kamieni. Właściwie więc otrzymuje się 84.32°/₀ dobrych wyników.

Jedynie wycięcie woreczka daje rękojmię trwałego wyniku, o ile niema kamyków w wątrobie.

Wycięcie woreczka nie powoduje żadnych widocznych i wykazalnych przypadłości.

Nacięcie woreczka powinno się obecnie stosować już wyjątkowo, np. w razie bardzo złego stanu chorego i trudnych warunków do wyjęcia.

A. KLĘSK

Riedel. *Kamień żółciowy w jałowym woreczku.*

W nauce o kamicy żółciowej panuje wiele mylnych zdań, a do jednych z takich np. należy przypuszczenie, że kamień żółciowy wytworzyć się może jedynie wobec zakażonej treści woreczka. Otóż Riedel właśnie w niniejszej pracy udowadnia, że bardzo często początki kamicy żółciowej mają za tło tworzenie się kamienia w woreczku zupełnie jałowym i w żółci nie mętnej. Przy operacyach przekonał się o tem Riedel już nieraz. Są tu zwykle początki choroby o objawach nie mocno zaznaczonych, bo nawet wędrowanie kamyka, o ile ściany dróg żółciowych są prawidłowe, nie sprawia większych dolegliwości.

Natomiast mylą rozpoznanie kolki żółciowej wrzody żołądka, nerka wędrująca i t. p. Kamica żółciowa niemal w 80% przebiega w początkach (a często i potem) bez żółtaczki.

O ile zrobi się rozpoznanie, najlepiej jest operować od razu, bo zabieg wtedy jest bardzo łatwy i daje znakomite wyniki, albowiem niema jeszcze zrostów i zmian w organach i tkankach sąsiednich.

Przy rozpoznawaniu nie należy się jednak dać zbić z tropu brakiem żółtaczki lub objawów zakażenia dróg żółciowych, skoro inne dane — jak wywiady, bóle, macanie i t. d. przemawiają na korzyść choroby pęcherza, a względnie na korzyść kamyka.

(Münch. med. Wochenschr. № 1. 1912).

A. KLĘSK.

Kehr. *W jaki sposób możemy unikać nawrotów po operacyi kamieni żółciowych, lub wpływać na zmniejszanie się liczby tychże?*

Na mocy swego rozległego doświadczenia w chirurgii wątroby, omawia Kehr sprawę nawrotów po operacyi kamieni żółciowych. Nawroty te, podług Kehra, w ścisłem tego słowa znaczeniu (t. j. tworzenie się nowych złogów) po operacyach doszczętnych i przy pewności niezostawienia kamieni przy pierwszej operacyi, są bardzo rzadkie, natomiast przypady, łudzące po operacyi nawrót, pochodzą często od powikłań w innych narządach sąsiednich, zrostów, blizn, przepuklin i t. p. Należą tu t. zw. „Fadenrecidive“ opisane przez Kehra, t. j. objawy pochodzące z ligatur, kawałków waty i t. p., pozostawionych

przy operacyi, wzgl. tamponadzie. Ponieważ główną przyczyną tworzenia się kamieni żółciowych, podług Aschoffa, jest zastanie żółci i zakażenie tejże, przeto operacya powinna przedewszystkiem usunąć te dwie przyczyny, a da się to uskutecznić doszczętnie jedynie przez usunięcie woreczka żółciowego.

Operacya ta nie jest wcale cięższa, ani trudniejsza od nacięcia woreczka, operacyi, którą Kehr wykonuje obecnie tylko z musu w rzadkich przypadkach. Po wycięciu woreczka nie spostrzegał Kehr mimo licznych obserwacyi ani razu nawrotu kamieni, a wogóle przy wycięciu woreczka i sączkowaniu przewodu wątrobowego opisano nawrotów zaledwo 5 w piśmiennictwie. Im kto ma większą wprawę w operacyach żółciowych, tem rzadziej będzie miał nawroty, a raczej zostawiał kamienie. I tak Kehr w r. 1890 miał w 40% nawroty, w r. 1901 w 20%, a obecnie 0,9%. Z początku wykonywał 20% relaparotomii, obecnie 0,3%.

Woreczek żółciowy nie jest wcale organem niezbędnym, a często od zewnątrz nie możemy ocenić wielkich nieraz zmian wewnątrz tegoż, a nawet odkryć w fałdach kamienie. W woreczku usadawiają się nieraz w końcu raki. Cystotomia goi się długo, pozostawia zrosty, przetoki, nieraz ropnie, a często przepukliny. Po cystotomii operacye wtórne wykonywać trzeba często (powyżej 20%). Przepukliny występują po cystotomii niemal w 12% u Kehra, zaś po wycięciu około w 5% zaledwo.

Jedynie więc wycięcie woreczka ma racyę bytu, i chroni od nawrotów, ale nie należy w operacyach wszelkich innych powikłań odnosić do nieskuteczności zabiegu lub żądać, by chory już w tydzień przyszedł zupełnie do zdrowia. Bądź co bądź, operacya, wykonana nie zapóźno, daje 86% zupełnych wyleczeń (jest ich więcej ale np. z przepuklinami, zrostami K. tutaj nie wlicza).

Internista powinien przysyłać chorego do operacyi na czas, a chirurg powinien operować dokładnie i zbadać także sąsiednie narządy, wzgl. na nich operować, a wtedy na pewno uniknie t. zw. nawrotów.

(*Münch. med. Woch.* № *46—48. 1911*).

A. KLĘSK.

Dreesmann. *Leczenie ostrej „pankreatitis"*.

Ostre zapalenie trzustki, jako forma kliniczna, obejmować może anatomicznie kilka postaci np.: apopleksyę trzustki, zapalenia krwotoczne i obumierające, ropne, ograniczone ropnie i t p. Nieraz nie da się rozróżnić klinicznie nawet od formy ostrej „zgorzel tkanki tłuszczowej" w okolicy trzustki. Zwykle „pankreatitis" daje dość typowe objawy: nader silne bóle w nadbrzuszu, występujące z przerwami, obfite, często żółtawe wy-

mioty, podwyższenie ciepłoty i liczby tętna, bolesność i wzdęcie nadbrzusza, wzgl. objawy niezupełnej niedrożności kiszek.

Operacye mają na celu tamponadę i odprowadzanie wydzieliny trzustki, a to opierając się na tem, że przyczyną cierpienia jest wydzielina trzustki, przechodząca na otoczenie.

Z tego wynika, że operacya ma racyę bytu tam, gdzie to działanie soku trzustki ma rzeczywiście miejsce, wzgl. przy obecności ropy. A jednak osiąga się wynik i w innych formach schorzenia trzustki i to poprostu przez zwykłe otwarcie brzucha, podobnie jak się to robi w gruźliczem zapaleniu otrzewnej.

Niektórzy sądzą, że ostra pankreatitis polega na zawleczeniu w sąsiedztwo komórek gruczołu, działających i nadal w nowem otoczeniu, pod postacią zgorzeli tkanki tłuszczowej, i dlatego nieraz tamponada samej trzustki nie prowadzi do celu. Mimo to nie mozna odmówić bardzo korzystnego wyniku po laparotomiach, bo śmiertelność bez operacyi wynosi 88%, a u operowanych 55%.

Nie należy jednak chwytać zawsze i stale przy cierpieniach trzustki za nóż, tak jak to radził Mikulicz, Albrecht i Pels-Leysden. Operacya jest natychmiast wskazana w razie objawów ciężkich, jak sinica, silne wzdęcie, upadanie szvbkie sił, puls coraz częstszy, gwałtowne bóle i wymioty i t. p. Natomiast w przypadkach innych można spokojnie oczekiwać, kierując się przytem liczbą pulsu. Gdy ta pomimo leczenia wewnętrznego idzie w górę i przekroczy 100, nie należy zwlekać z operacyą. A wewnętrzne leczenie polega w pierwszym rzędzie na stosowaniu dyety (dużo tłuszczu i białka, a ograniczenie ilości węglowodanów) Wohlgemuta, podawaniu wśród jedzenia małych a częstych dawek natrum bicarbonicum. Przy formach podostrych poleca Robson kalomel, silne środki przeczyszczające, lawatywy z terpentyny, przy formie krwotocznej i przed zamierzoną operacyą chlorcalcium, a przy biegunce salol i bizmut.

Sól i woda karlsbadzka pobudzają natomiast wydzielanie trzustki.

Prócz tego zalecamy chorym absolutny spokój, lód, a potem na odwrót—gorące powietrze (80°) wzgl. płukania żołądka.

Niektórzy podają z dobrym skutkiem pankrein i pankreatyninę. Uodpornianie organizmu przeciwko trypsynie nie ma za to, podług autora, racyi bytu.

Pacyenci po przebyciu ostrej pankreatitis powinni być nadal pod opieką lekarza, by zapobiedz wytworzeniu się formy przewlekłej cukrówki i t. p.

(Medizin. Klinik. № 26. 1911).

A. KLĘSK.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

Bumm. *Jak obchodzić się z otrzewną podczas operacyi? Co otrzewna znosi, a czego nie znosi.*

Bumm w odczycie niniejszym przedstawia wyniki doświadczeń osobistych, zebranych w trakcie długoletniej praktyki operacyjnej, co do zachowania się otrzewnej i jej reakcyi względem różnych czynników drażniących, którym podlega ona w przebiegu operacyi. Doświadczenia te są oparte na więcej, niż 5000 laparotomii, na licznych próbach bakteryologicznych, dokonywanych podczas samej operacyi, na niektórych laparotomiach wtórnych, a w przypadkach, zakończonych śmiercią, na wynikach oględzin zwłok.

Zadaniem operatora jest spostrzeganie przebiegu i opierające się na wyniku jednej operacyi wnioskowanie, jak postąpić w następnej. Doświadczenie uczy, że jest to zadanie bynajmniej nie łatwe, a to z przyczyny nader powikłanych warunków, wśród których odbywa się każda operacya. Różnorodność czynników drażniących z jednej strony, z drugiej strony—bardzo rozmaita zdolność odczynowa tkanek ustroju, ogromnie utrudniają ścisłą oryentacyę i nieraz uniemożliwiają nawet odróżnienie przyczyny od skutku. Wynikiem tego jest, że do dziś dnia co do wielu ważnych punktów w chirurgii jamy brzusznej jeszcze zgody niema pomiędzy chirurgami.

Nie wiele pomagają nam doświadczenia na zwierzętach. Pomimo istnienia wielu analogii, co do odczynu na drobnoustroje otrzewna ludzka tak kolosalnie różni się od otrzewnej zwierząt, że postępowanie nasze opierać należy jedynie na doświadczeniu, zdobytem operacyami na ludziach.

Bumm grupuje spostrzeżenia swoje według różnego charakteru czynników, drażniących otrzewną.

Zaczyna od drażnienia mechanicznego. Zachodzi ogromna różnica pomiędzy dotykaniem otrzewnej miękką, wilgotną rękawiczką gumową, a dotykaniem rękawiczką szorstką, trykotową, nie jest również obojętne, czy pokryjemy otrzewną suchemi serwetami, czy wilgotnemi, czy gąbkami, czy wycieramy otrzewną raz jeden, czy wielokrotnie, czy po operacyi pozostaną w jamie brzusznej grube nitki jedwabne, czy też cieniutkie strunowe i t. d. Lekkie i niedługotrwałe mechaniczne dotykanie otrzewnej może odbyć się bez uszkodzenia śródbłonka otrzewnej, nie zauważa się wtedy odczynu ze strony otrzewnej. Zabiegi silniejsze mogą zetrzeć zupełnie śródbłonek, lub tak go uszko-

dzić, że w następstwie występuje zgorzel tegoż. Wtedy to już podczas operacyi lub wkrótce po niej na uszkodzonej powierzchni otrzewnej zjawia się wypocina surowicza, prowadząca do wytworzenia się włóknikowych nalotów i w następstwie do zlepów. Gdy powierzchnia otrzewnej była uszkodzona na dużej przestrzeni, występuje znaczna wypocina surowicza, wytwarzająca dobre podłoże odżywcze dla drobnoustrojów. Ponieważ strup po przyżeganiu otrzewnej nie poci się, a pozostaje suchy i jałowy, przyżeganie otrzewnej wywołuje tylko bardzo nieznaczny odczyn, jakkolwiek może prowadzić do zlepów.

Wogóle powiedzieć możemy, że drażnienia mechaniczne otrzewnej uważać należy za najniewinniejsze, nie mają one następstw poważniejszych, i, po zaprzestaniu działania ich, bardzo szybko następuje samowolna naprawa uszkodzonych tkanek przez powierzchowny dotyk, starcie i t. d. endothelium.

Zależnie od przestrzeni oraz stopnia mechanicznych uszkodzeń śródbłonka objawy miejscowe bywają rozmaite, wahając się pomiędzy lekką bolesnością i najsilniejszym bólem, nieraz występują i podrażnienia lub też porażenia kiszek lub żołądka. Objawy te giną już po 24 lub 48 godzinach po operacyi.

Ciężkich objawów ogólnych lub wstrząsu nie napotykał B. nigdy po wyłącznie mechanicznem podrażnieniu otrzewnej w tych granicach, w jakich one mają miejsce w dzisiejszym sposobie operowania.

Z powyższego wnioski:

1) Ponieważ mechaniczne drażnienia otrzewnej nie są niebezpieczne, nie powinny one wstrzymywać od przeprowadzenia całej operacyi ściśle według zasad chirurgicznych. Cięcie powinno mieć taką długość, jaka jest potrzebna dla wydobycia guza z jamy brzusznej.

Należy operować tyle czasu, ile potrzeba go dla jak najściślejszej hemostazy i dla dokładnej perytonizacyi wszelkich ran. To samo dotyczy pozostawienia w jamie brzusznej wysięków, krwi wolnej, zawartości torbieli i t. d. Połączone z usunięciem takich resztek przedłużenie drażnienia mechanicznego jest o wiele mniej szkodliwe, niż nieusunięcie doszczętne tego, co powinno być usunięte.

Z drugiej strony jaknajbardziej starać się należy unikać wszelkiego niepotrzebnego dotykania się otrzewnej. Znanym ogólnie faktem jest, że przebieg operacyi, drogą pochwową dokonanych, jest łagodniejszy, niż po cięciu brzusznem, a to głównie z powodu, że otrzewna w pierwszym przypadku mniej podlegała urazom mechanicznym. Gdy natomiast w cięciu brzusznem dokonamy cięcia krótkiego, udaje się otrzymać po laparotomii tak samo gładki przebieg bez wzdęcia brzucha, bez bolesności, jak po operacyach, per vaginam dokonanych.

2) Czy w operacyach wewnątrzotrzewnowych zasługuje na pierwszeństwo suche, czy też wilgotne postępowanie? Zapewne, o ile serwety, waciki i t. d. są wyjmowane prosto z ciepłego izotonicznego roztworu soli kuchennej, działają one mniej drażniąco, niż materyały suche; lecz jest wówczas o wiele trudniejsze przestrzeganie aseptyki. Kto operuje z wilgotnemi serwetami i zada sobie trud zbadania bakteryologicznego serwet, wacików i samego rozczynu soli kuchennej podczas operacyi, zdumiony będzie faktem, jak niesłychanie szybko mnożą się drobnoustroje w płynie, a więc niewątpliwie i w jamie brzusznej w przebiegu operacyi. Można, co prawda, płyn często zmieniać, lecz pomimo to pozostaje obawa, że z płynem, sączącym się ze serwet, wacików i t. d., dostaną się do jamy brzusznej tak rozpowszechnione drobnoustroje chorobotwórcze. Natomiast, używając gazy suchej, wyjmowanej wraz z narzędziami prosto z puszki wyjałowionej, osągniemy o wiele łatwiej i pewniej jak najmniejszą zawartość drobnoustrojów. Znaczniejsze podrażnienie otrzewnej przez gazę suchą i tutaj jest mniejszem z dwojga złem.

3) Tamponowanie w postaci wkładania pasków gazy lub worka z gazy, paskami wypełnionego, do wolnej jamy brzusznej drażni otrzewną i zwykle prócz bólów miejscowych wywołuje odruchowe objawy ze strony kiszek i żołądka: nudności, odbijania i wymioty, które ustępują dopiero po kilku dniach, gdy nastąpiło otorbienie się ciała obcego, i które znikają w zupełności dopiero, gdy ostatnia resztka gazy została usunięta.

Drugą stroną ujemną tamponu jest to że tampon, nawet nasycony wioformem, jodoformem i t. p. nadzwyczaj sprzyja rozwojowi wśród okienek gazy w płynie wessanym przez gazę i w niej zatrzymanym drobnoustrojów.

4) Inną znów przyczynę mechanicznego drażnienia otrzewnej upatrują w działaniu materyału, użytego dla szwów i podwiązek. Im więcej nitek użyto, im grubsze były nitki, im więcej masowo nałożono podwiązek na tkanki, tem silniejszy będzie odczyn, tem łatwiej i prędzej wystąpi wysięk na kikutach pooperacyjnych, i to tem bardziej, jeżeli użyto materyału trudno wsysającego się. Wysięki takie często ulegają zropieniu, a jeśli nawet do zropienia nie dojdzie, to nieraz dopiero po kilku miesiącach ulegną wessaniu.

Dla szycia otrzewnej starczą nitki najcieńsze, również dla podwiązek, o ile obejmują nie za wiele tkanki. Cieniutkie nitki nie drażnią bez różnicy, czy są strunowe, jedwabne lub niciane.

Jak udowodnił Haegler, z grubemi podwiązkami dzieje się to samo, co z gazą, pozostawioną w jamie brzusznej. Nitki pęcznieją od surowicy, która w nich już nie podlega bakteryo-

bójczemu działaniu komórek ustroju, i daje najlepsze podłoże dla rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych. W dawniejszych czasach często widywał B. zakrzepy po używaniu grubych nitek i masowych podwiązek. Przyczyną tych zakrzepów był właśnie tego rodzaju materyał używany i sam sposób podwiązywania. Według zdania Bumma, słaba czynność serca oraz zmiany w ścianach żył wobec zakażenia przez podwiązkę odgrywają tylko rolę podrzędną.

Czynniki drażniące natury chemicznej. Izotoniczne, nie trujące rozczyny soli lub też płyny, białkany zawierające, mogą być uważane za obojętne dla otrzewnej. Szereg lat obficie płukał Bumm jamę brzuszną przy operacyach lub też w zapaleniach otrzewnej, spodziewając się, że przez takie płukania wyłączy możność zapalenia otrzewnej. Dziś jest B. zdania, że przez płukanie można wypłukać z jamy brzusznej grubsze kawałki tkanek, nie wierzy jednak, aby przez płukanie było można usunąć z ran lub z powierzchni otrzewnej zarazki, które dostały się już tam. Energiczne płukanie ma dalej tę stronę ujemną, że łatwo może wywołać objawy groźnego szoku. Co się tyczy rzekomego wypłukania drobnoustrojów, to nietylko ich nie wypłuczemy, ale przeciwnie, rozprowadzimy je po całej jamie brzusznej, i ułatwimy wessanie już wytworzonych toksyn.

Płukania zalecić można tylko tam, gdzie chodzi o materyał aseptyczny, np. o wodę płodową z włosami, o zawartość torbieli skórzastej, o masy koloidalne i t. d.

Co do płynów organicznych, to drażnią one otrzewną tem bardziej, im więcej zawierają elementów komórkowych, nie podlegających wessaniu.

Ascites, surowica, płyn torbieli przyjajnikowych prawdopodobnie są zupełnie obojętne; koloid, jałowa ropa i krew już prędzej drażnią otrzewną i wywołują wypociny na otrzewnej; woda płodowa wskutek obecności włosów i mazi skórnej tłustej, tak samo zawartość torbieli skórzastych, działają tem bardziej drażniąco.

Płyny organiczne dla zarazków, które przy dzisiejszej technice naszej zawsze do jamy brzusznej dostać się muszą, stanowią bardzo podatne podłoże odżywcze, przez co tworzą punkt wyjścia dla tak zwanego operacyjnego zapalenia otrzewnej.

Osobiście więc jest Bumm zwolennikiem jaknajdokładniejszego oczyszczania otrzewnej ze wszystkich tych substancyi, nawet najniewinniejszych, jak z krwi i płynu ascytycznego. Od czasu, gdy po usunięciu złośliwych guzów jajnika pozostały płyn ascytyczny odprowadza przez sączek, włożony na 24 godzin, przebieg stał się o wiele lepszym.

Powietrze, pozostające w jamie otrzewnej po zeszyciu jej, działa więcej wysuszająco i drażniąco mechanicznie, niż chemicz-

nie. Przypuszcza Bumm, że większa ilość powietrza, pozostawionego w jamie otrzewnej, działa paraliżująco na kiszki, których powietrze dotyka się, że wskutek tego utrudnione bywa odejście wiatrów nawet kilka dni.

O działaniu środków żrących i jadowitych Bumm nie mówi, ponieważ dziś środków takich już na otrzewną nie używamy.

O działaniu wyjałowionego oleju i oleju kamforowego na otrzewną, które zyskały aktualne znaczenie wobec zalecenia przez Pfannenstiela i Hoehnego, Bumm nic powiedzieć nie może, nie posiada bowiem doświadczenia własnego. Przypomina, że już przed 15 laty Socin często naoliwiał jamę otrzewnową, jednak później sposobu tego zaniechał.

Działanie drażniące, wywołane przez rozrost drobnoustrojów na powierzchni otrzewnej.

Na pierwszym planie z pośród drobnoustrojów, które mogą rozmnożyć się na otrzewnej, stoją drobnoustroje ropotwórcze, z pośród nich zaś — paciorkowce. W stanie wysoce jadowitym, przeniesione prosto z ustroju innego chorego człowieka, ujawniają one rozrost błyskawiczny i w przeciągu kilku zaledwie godzin zajmują cały obszar otrzewnej. Gdy chora po 2 lub 3 dniach umiera, sekcya zaledwie wykazuje lekką surowiczowłóknikową wypocinę, pozatem nic więcej. Takie przypadki są o wiele gorsze, niż najgorsze postacie połogowych zakażeń otrzewnej.

Podobne ciężkie zakażenia mogą nastąpić z ognisk ropnych w przydatkach macicznych, lub z gruczołów chłonnych miednicy, lub z zakażonej macicy, lub z jamy jaja płodowego.

Charakterystyczne dla tylko co opisanego zakaźnego zapalenia otrzewnej jest, że znajdujemy wtedy zwykle tylko wyłącznie jeden typ drobnoustrojów w jamie otrzewnej, najczęściej paciorkowce, lecz i gronkowce i pneumokoki mogą wywołać takie same objawy. Przy bardzo znacznej jadowitości zarazków znajdujemy w jamie brzusznej zaledwie cokolwiek mętnawego surowiczego wysięku z domieszką złogów włóknikowych; przy mniej jadowitych odmianach zarazków pozostaje więcej czasu na odczyn ze strony otrzewnej i dochodzi wtedy do istotnego ropienia. We krwi zwykle daremnie szukamy zarazków; otrucie ustroju, szczególnie mięśnia sercowego i wielkich gruczołów, następuje tu nie na drodze bakteryemii, lecz na drodze toksemii.

W przeciwieństwie do ropnych zarazków, gonokok znajduje najodpowiedniejsze warunki rozwoju w błonach śluzowych, jeżeli więc np. z brzusznego otworu jajowodu dostanie się ropa wiewiórowa do jamy otrzewnej, to gonokoki na otrzewnej nie znajdują odpowiedniego podłoża dla rozwoju, i wkrótce giną.

Ogólne zapalenie otrzewnej wiewiórowe, o ile wogóle takie widziano, z pewnością należy do nadzwyczajności. Osobiście więc Bumm, jak większość ginekologów, jest zdania, że ropa wiewiórowa w stosunku do otrzewnej może być uważana za jałową.

Przy dzisiejszych sposobach operowania i dziś stosowanej aseptyce, która zasłania ręce operatora i całego personelu sali operacyjnej rękawiczkami gumowemi i dopuszcza do zetknięcia z raną tylko materyały wyjałowione, wypada przypuszczać, że większość zarazków pochodzi z kurzu powietrza. Również pewną rolę zapewne odgrywa zakażenie kroplowe przy częstem i głośnem rozmawianiu podczas operacyi, o ile nie zabezpieczono maską nosa i ust.

Badanie bakteryologiczne wacików, w trakie operacyi używanych, od kilku lat u Bumma systematycznie dokonywane, udowadnia, że zarazki chorobotwórcze prawie zawsze już przy samym początku operacyi znajdują się w jamie brzusznej w większej lub mniejszej ilości i że prawie zawsze pewna ilość ich pozostaje w jamie brzusznej.

Przebieg pooperacyjny równocześnie dowodzi, że otrzewna sama zwalcza z łatwością owe drobnoustroje: na ostatnie 100 cięć brzusznych 10 razy stwierdzono obecność paciorkowców nawet bez wystąpienia jakichkolwiek objawów zapalnych lub odczynu ze strony otrzewnej.

Gdy po operacyi pozostaje otrzewna nienaruszona i sucha, można z wielkiem prawdopodobieństwem oczekiwać, że siła bakteryobójcza otrzewnej sama starczy na unieszkodliwienie zarazków. Natomiast niebezpieczeństwo rozmnożenia się drobnoustrojów i wszelkich tego następstw zjawi się, skoro pozostawiono w jamie brzusznej w większej ilości krew, płyn ascytyczny, płyn z torbieli wylany, wodę płodową i t. p., lub też gdy w jamie brzusznej pozostają powierzchnie, nie pokryte otrzewną, z których stale sączy się krew i surowica.

Że na takiej drodze wywiązuje się pooperacyjne zapalenie otrzewnej, można dokładnie dowieść przez bakteryologiczne badania podczas wtórnych cięć brzucha. Pouczający przykład powstania operacyjnego zapalenia otrzewnej daje historya techniki myomotomii. Dopóki pozostawiał Bumm w jamie brzusznej źle podwiązane kikuty, niedostatecznie perytonizowane, które wskutek masowych podwiązek pogrążonych ulegały nekrotyzacyi, podczas gdy równocześnie jeszcze sączyła się z nich po operacyi krew i surowica, wszelkie obostrzenia aseptyki i dezynfekcyi nic nie pomagały; w 30% przypadków występowało śmiertelne zapalenie otrzewnej. To zmieniło się odrazu, gdy Zweifel poprawił hemostazę i dziś, gdy wszelkie naczynia starannie i dokładnie podwiązujemy i wszelkie po-

wierzchnie ranne pokrywamy otrzewną, te zapalenia otrzewnej zginęły.

Wnioski Bumma: Dla zapobieżenia zakażeniu należy wyłączyć wszelką możliwość przeniesienia jakichkolwiek substancyi septycznych na świeżą ranę operacyjną. Na pierwszym planie stoi tu odosobnienie sali operacyjnej dla operacyi aseptycznych od sal, w których leżą chore, utworzenie specyalnych oddziałów operacyjnych z oddzielnem instrumentarium, oddzielną bielizną i oddzielnym personelem. Nie wolno, aby siostra miłosierdzia, oraz posługaczki, pielęgniarki, które są czynne na sali operacyjnej i przygotowują materyały opatrunkowe, miały dostęp do sal, na których leżą chore, a tembardziej nie wolno, aby na salach tych pełniły służbę i chore pielęgnowały. Również dla lekarzy powinniśmy utrzymać prawidło, aby przed jakąkolwiek operacyą nie dotykać się innych chorych, opatrunków nie robić, wreszcie ważne jest, by asystentom sal septycznych był zabroniony wstęp na salę operacyjną.

Osiągnąć ochrony ran od zanieczyszczenia zarazkami, z kurzu powietrza pochodzącymi, wobec dzisiejszych środków naszych jest absolutnie niemożebne, szczególnie w przebiegu operacyi długotrwałych musimy zawsze liczyć się z pewną ilością zarazków w ranie, i dlatego należy starać się o to, aby te przypadkowe zanieczyszczenia rany nie wyrządziły chorej szkody.

W tym celu:

1) Przez jaknajdokładniejsze zatamowanie krwawienia wypada wyłączyć możność wybroczyny krwawej do jamy brzusznej po skończonej operacyi.

2) Części jamy brzusznej, leżące powyżej pola operacyjnego, a więc—powyżej jamy miednicy, zaraz na wstępie operacyi powinny być dobrze zasłonięte serwetami i uchronione od zetknięcia się bezpośredniego z polem operacyjnem. Krew, płyn z torbieli i wszelkie wysięki powinny być usuwane natychmiast.

3) Wszelkie rany otrzewnej powinny być starannie perytonizowane i szczelnie zamykane. Nie starczy bynajmniej pokryć ranę cienką blaszką otrzewnej, która łatwo może znekrotyzować, rana powinna być pokryta dobrze odżywianą, ściśle przylegającą warstwą otrzewnej, należy nakładać szew dwupiętrowy. Doszczętne perytonizowanie ran otrzewnej, które wyłącza wszelką możność wydostania się czegośkolwiek z owych ran do otwartej jamy brzusznej, wyłącza zarówno wybroczyny krwawe do jamy brzusznej po operacyi, jak i wybroczyny wydzielin z rany i rozszerzenie zarazków jakichkolwiek na otrzewną. Jest to jednym z najważniejszych środków, aby osiągnąć po laparotomii przebieg gładki.

4) Pozostawienie w otwartej jamie otrzewnej tamponów z gazy dla powstrzymania krwawienia, lub dla odosobnienia zakażonych przestrzeni nietylko celu nie osiąga, lecz często działa wprost ujemnie i niebezpiecznie. Tampon nasyca się krwią i surowicą bardzo szybko i wtedy już nie może działać uciskająco. Również tampon dla odosobnienia przestrzeni zakażonych ma znaczenie, dopóki tampon pozostaje suchy. Gdy po kilku godzinach nastąpiło przepojenie tamponu płynem, wtedy odosabniające działanie jego staje się iluzorycznem, w jamie brzusznej leży wtedy masa przesiąkłej płynem gazy, która pomimo wioformu lub jodoformu tworzy jaknajlepsze podłoże odżywcze dla najróżnorodniejszego gatunku zarazków. Im wolniej leży tampon w jamie brzusznej, tem silniej występuje mechanicznie drażniące działanie. Tampon, leżący w zatoce Douglasa, mniej drażni, niż tampon, sięgający ku górze powyżej małej miednicy, do górnej części jamy brzusznej.

Zdaniem Bumma, ile razy chodzi o to, aby odosobnić pewien obszar pola operacyjnego bądź wobec znaczniejszych braków otrzewnej, bądź wobec obawy zakażenia, najlepiej powyżej tego terytoryum wytworzyć rodzaj dachu otrzewnowego, posiłkując się dla tego odłuszczoną otrzewną ścienną, otrzewną flexurae sigmoideae lub innych części kiszki grubej, czy cienkich, macicy, nawet siecią oraz otrzewną pęcherza moczowego. Dach ten ma narażony na niebezpieczeństwo obszar otrzewnej odgraniczyć zupełnie od jamy brzusznej, powyżej leżącej. Przestrzeń tak odgraniczoną można wypełnić gazą i tą gazą sączkować.

5) Sączkowanie rurką szklaną czy też gumową działa tylko, dopóki sączek pogrąża się do wolnego płynu. Wskutek ciśnienia wewnątrzbrzusznego płyn ten wstępuje do rurki sączkującej, wypływając przez nią na zewnątrz. W przeciągu 24 godzin po operacyi ogromna ilość płynu wydziela się na zewnątrz. Lecz skoro tylko wytworzą się dokoła sączka takiego zlepy z pętli kiszek, rurka już nie sączkuje; płyn przez sączek wypływać już nie może, a więc musi zatrzymać się z konieczności pomimo sączka, włożonego dla ułatwienia wypływu tego płynu.

6) Powtórne otworzenie jamy brzusznej z powodu operacyjnego zapalenia otrzewnej nie ma wartości, jeżeli w miednicy znajdują się obszerne rany zakażone, mające dotyk do otrzewnej, których usunąć i od otrzewnej odosobnić już niema możliwości.

Natomiast dokonał Bumm wielokrotnie wtórnego cięcia brzucha z korzyścią w przypadkach, gdzie np. z zakażonego kikuta ropnych guzów przydatkowych powstało zapalenie otrzewnej i dążyło do rozpowszechnienia się do górnej części jamy

brzusznej. Ważnym warunkiem jednak jest operować w porę, tak samo, jak w infekcyjnym perytonicie, to znaczy w czasie, gdy zapalenie jeszcze jest umiejscowione, jeszcze nie przekroczyło granic miednicy, ponieważ wtedy istnieje jeszcze możność, przez odprowadzenie wydzielin na zewnątrz, zapobiedz szerzeniu się sprawy ku górze.

Na zakończenie Bumm zaznacza, że z walki konkurencyjnej antyseptyki z techniką technika ostatecznie wyszła zwycięzko.

FR. NEUGEBAUER.

Béla Kelen. *O leczeniu chorób kobiecych promieniami Röntgena.*

Pierwsze próby leczenia promieniami Röntgena wykazały ujemne ich działanie. Niedokładne dawkowanie tego środka, jego działanie kumulacyjne i wynikające stąd nieobliczalne skutki skłaniały do leczenia za pomocą tego sposobu tylko chorych, ktorzy już nic nie mieli do stracenia.

Ostatnie czasy przyniosły znaczne ulepszenia przyrządów, pozwalając osiągnąć w ciągu kilku sekund takie działanie, dla którego przed tem potrzebowano godzin. Obecnie stosuje się tak zwane naświetlanie głębokie (Tiefenbestrahlung) z odpowiednią zmianą natężenia i przenikania promieni, oraz ze szczegółowem ich mierzeniem.

Zehden stwierdził w 18,000 przypadków, że niema wrażliwości szczególnej względem promieni Röntgena, istnieją jedynie nieznaczne wahania w ich odczuwaniu.

Deutsch po raz pierwszy podaje wyniki pomyślne po leczeniu chorób kobiecych za pomocą tego sposobu w mięśniakach macicy. Głębsze zainteresowanie wzbudziły jednak dopiero prace Foreau de Connuelles, M. Fränkela, i głównie Albers-Schönberga

Ten ostatni znalazł, że naświetlanie jajników promieniami Röntgena zmniejsza wydzielanie się krwi podczas miesiączkowania, przyspiesza przekwitanie i dlatego, wywołując sztuczną bezpłodność, nadaje się do zmniejszania mięśniaków.

Raz jeden zauważył on jednak po naświetleniu wystąpienie silnego krwawienia.

Krönig i Gauss na podstawie 38 naświetlań podnoszą wspaniałe działanie tych promieni i, opierając się na statystyce Döderleina, według której śmiertelność po operowaniu mięśniaków wynosi 3—5%, polecają leczyć promieniami Röntgena te wszystkie przypadki mięśniaków, które dają niepomyślne rokowanie, a więc głównie bardzo wykrwawione. Powyżej wymienieni badacze nie zauważyli nigdy zwiększenia się krwawienia po tym zabiegu.

Według Halberstädtera, promienie Röntgena działają na nabłonek pęcherzyków Grafa, powodując jego złuszczanie się, potem dopiero wyrodnieje sama komórka jajowa. Faber naświetlał z dobrym wynikiem w 20 przypadkach chorób kobiecych, i miał także sposobność stwierdzić nadzwyczajną wrażliwość tych narządów na promienie Röntgena.

Wogóle panuje obecnie pogląd, że naświetlanie działa na jajniki i, powodując zanik tych ostatnich, wywołuje zmniejszanie się mięśniaków, podobnie jak to ma miejsce podczas przekwitania.

Tajemnica wymienionych powyżej pomyślnych wyników polega, zdaniem autora, jedynie na dokładnej znajomości techniki głębokiego naświetlania.

Wystarcza w zupełności jedno posiedzenie na miesiąc.

Wyniki zabiegów zestawia autor w następujących działach.

I. Przy nowotworach złośliwych naświetlaniu podlegały tylko przypadki, nie nadające się już do zabiegu operacyjnego, naświetlano je tak długo, dopóki siły chorych pozwalały na leczenie przychodnie. Z 32 przypadków nie było ani razu uleczenia; w przeważnej liczbie przypadków następowało po 3—4 posiedzeniach polepszenie: samopoczucie było lepsze, przybywało 1—2 kilo na wadze i bóle zmniejszały się w znacznym stopniu. Istnieją guzy, zupełnie nie wrażliwe na promienie Röntgena, naświetlanie głębokie może w takim przypadku przedłużyć życie chorej, i powstrzymać na jakiś czas nieprzyjemne objawy chorobowe.

W klinice w Budapeszcie każda pacyentka, operowana z powodu guza, przy wypuszczeniem z zakładu otrzymuje silne naświetlanie. Jeżeli jest podejrzenie, że nie wszystko usunięto, chora pozostaje w leczeniu promieniami Röntgena kilka miesięcy.

II. Promienie Röntgena do wywoływania sztucznego poronienia nie nadają się. M. Fränkel używał w tym celu jednoczesnego naświetlania jajników i gruczołu tarczowego.

III. Działanie promieni Röntgena na jajniki jest inne u osób młodych, a inne u starszych. Gdy kobiety są blizkie przekwitania, naświetlanie daje pobudkę do wystąpienia trwałego ustania miesiączki. Pełne siły życiowej jajniki osób młodych wytrzymują naświetlanie o wiele silniejsze, i dlatego nie należy obawiać się wystąpienia bezpłodności po leczeniu w sposób wyżej wymieniony.

Leczenie to nie może jednak zastąpić wszystkich środków, stosowanych dotychczas w leczeniu krwawienia, nadaje się ono jedynie w tych przypadkach, które nie możliwe są do wyleczenia sposobami dotychczas używanymi, a więc w krwawieniach obfitych, występujących przez czas dłuższy, podczas których bezpłodność byłaby nawet pożądana.

Należy zauważyć, że zaburzenia w miesiączkowaniu znikają o wiele prędzej, niż samo miesiączkowanie.

Wyjałowienie jajników stosowano w chorobach, przeciwwskazujących ciążę. Naświetlano raz w miesiąc i leczono tak długo, aż miesiączka nie zrobiła się mniejsza.

Nie zauważono przytem żadnych objawów, występujących zazwyczaj po innych sposobach wyjaławiania.

Najdawniejsza chora jest w leczeniu od 10 miesięcy, i dotychczas nie zaszła w ciążę.

W mięśniakach próbowano naświetlania w 31 przypadkach. Każdy mięśniak pod wpływem promieni Röntgena podlega zanikowi, ale nie równomiernie szybko, prędzej zmniejszają się guzy u osób starszych, stojących bliżej przekwitania

Z początku występuje polepszenie czynności serca, stanu krwi, zmian krążenia i krwawień; poczem dopiero idzie zmniejszenie się mięśniaka.

Czasem zanik ten każe na siebie czekać miesiącami, ale przy silniejszem naświetlaniu sprawa ta przebiega prędzej.

Mięśniaki zanikają po naświetlaniu prędzej, aniżeli bez tego ostatniego, to jest, przy zwykłem przekwitaniu, wynikałoby stąd, że promienie Röntgena wywierają wpływ i na samą tkankę guza.

Wnioski:

1. Zabieg operacyjny przynosi pomoc natychmiastową, leczenie promieniami Röntgena potrzebuje do tego pewnego czasu.

2. Śmiertelność po operacyi jest dosyć znaczna, po rentgenizowaniu wynosi zero.

W 137 leczonych przez autora przypadkach nie zauważono ani razu zwiększenia się krwawienia, przeciwnie—naświetlanie tamowało upływ krwi.

W 425 przypadkach naświetlania wogóle nie widział autor nigdy niepożądanych objawów. Zabieg operacyjny może być wskazany w każdym nagłym przypadku. U innych chorych, głównie poza 40 rokiem życia, gdzie można myśleć o zaniku mięśniaka, należy próbować leczenia promieniami. W przypadkach wątpliwych należy uciekać się do zbadania krwi. Przypadki z ilością hemoglobiny niżej 40% mogą podlegać zabiegowi operacyjnemu jedynie z narażeniem życia, i nadają się lepiej do leczenia promieniami Röntgena.

Autor miał oprócz tego sposobność stosować naświetlanie z dobrym skutkiem w 4 przypadkach świądu sromu i w kilaku okołocewkowym. Na podstawie doświadczeń okazało się to leczenie pomocnem w osteomalacyi, sprawach gruźliczych i naczyniakach.

(Monatschr. f. Geburtshülfe und Gyn. August 1911).

FELICYA POŻARYSKA-ŁUNIEWSKA.

Runge. *Stosowanie promieni Röntgena w położnictwie i ginekologii.*

Promienie Röntgena znalazły obecnie szersze zastosowanie celem niszczenia czynności jajników, a przez to pośrednio w leczeniu osteomalacyi i mięśniaków macicy, choć te ostatnie reagują też bezpośrednio na naświetlanie. Ponieważ po stosowaniu dawek słabych nieraz z początku w mięśniakach krwotok zwiększa się, stosować należy, zwłaszcza u osób skrwawionych, odrazu dawkę dużą. Najmniej do leczenia Röntgenem nadają się mięśniaki podśluzowe. Nieraz leczenie to znakomicie przygotowuje do operacyi, stosować je możemy jednak ze względu na czas, u lepiej socyalnie sytuowanych kobiet, mających czas na leczenie, a dalej zwłasza tam, gdzie operować nie można. Doświadczenia autora na 27 przypadkach przemawiają na korzyść tego sposobu leczenia, zwłaszcza co do tamowania krwawień. Mniej korzystnie wypadają próby leczenia dysmenorrhöae, natomiast wcale dobrze w pruritus i kraurosis vulvae, co też sam Runge stwierdził. Rozpoznawczo stosujemy Röntgena w ciałach obcych, kamieniach narządu moczowego, płodach skamieniałych i ciąży, ew. zamacicznej, gdzie brak wód nie przeszkadza zdjęciu. Natomiast nadzieje mierzenia miednicy z pomocą Röntgena zawiodły z powodu zamazania konturów. Stosowano też Röntgena do przerywania ciąży, wyjaławiania kobiet czasowego i t. p. ze skutkiem mniej pewnym. W mięśniakach stosuje Runge przez 3 dni (na stronach bocznych brzucha i nad spojeniem) $^3/_4$ dawki (erythemdosis), ogółem $^9/_4 = 18$ Kienböck, powtarzając leczenie co 3—4 tygodnie.

(*Klinisch-therapeut. Wochenschrift.* № *1. 1912*).

A. KLĘSK.

H. Fritsch. *Uraz i tyłozgięcie macicy.*

Zdania o etiologii tyłozgięcia macicy różnią się diametralnie. Podczas gdy Sellheim i jego uczniowie nie uznają żadnego leczenia operacyjnego lub ortopedycznego tyłozgięcia macicy, a leczą zboczenia takie tylko regulowaniem stolca, masażem, kąpielami etc, szkoła Kuestnera leczy każdy przypadek tyłozgięcia macicy operacyjnie lub przy pomocy pessarium. Kobieta zupełnie zdrowa do ginekologa nie przyjdzie — gdy więc zgłosi się na poradę i stwierdzimy tyłozgięcie macicy, przypuszczać należy, że dolegliwości, wywołane tyłozgięciem, sprowadziły ją do lekarza. Jeszcze bardziej, niż co do terapii, rozchodzą się zdania co do etiologii. Jedni twierdzą, że tyłozgięcie powstaje zawsze powolnie wskutek długotrwałego leżenia w łóżku, stałego zaparcia stolca, lub w połogu wskutek zwiotczenia więzów macicznych etc., szczególnie jeśli zatoka Douglasa jest bardzo głęboka. Ci autorowie nie uznają możności nagłego po-

wstania tyłozgięcia wskutek urazu, npk. wskutek nagłego silnego działania tłoczni brzusznej. Gdy więc autor, stojący na tym gruncie, będzie miał odpowiedzieć, jako ekspert, na zapytanie, czy tyłozgięcie może być następstwem urazu — szczególnie w ekspertyzach, dotyczących ludności wiejskiej, ciężko w polu pracującej — to odpowie, że tyłozgięcie istniało już dawniej, i że niema związku pomiędzy wytworzeniem się tyłozgięcia a urazem.

Zadanie eksperta jest tem trudniejsze, ponieważ widzi on daną kobietę po raz pierwszy dopiero po upływie pewnego czasu po owym urazie; wtedy nie może on wiedzieć, czy tyłozgięcie istniało już przed urazem, czy powstało dopiero po nim. Ekspertyza jest tem trudniejsza, że dolegliwości, wywołane tyłozgięciem nie koniecznie muszą wystąpić zaraz, a przeciwnie, występują dopiero po upływie pewnego czasu. Lekarz wtedy tylko z pewnem prawdopodobieństwem orzec może, że miał miejsce uraz, który mógł wywołać tyłozgięcie macicy; że chora uskarża się na dolegliwości, które mogą być skutkiem tyłozgięcia macicy; że obecnie po owym urazie istnieje tyłozgięcie macicy.

W takim przypadku ekspert skłoni się do przypuszczenia nexus causalis pomiędzy tyłozgięciem macicy i dolegliwościami.

Fritsch, jako ekspert miał do czynienia z przypadkiem następującym:

Kobieta twierdziła, że tyłozgięcie jej macicy powstało wskutek pracy przy windzie do jadalni z kuchni, która to winda tylko z wielkim wysiłkiem mogła być poruszana. Dopiero po jakimś czasie jakoby wystąpiły obecne dolegliwości. Kobieta więc twierdziła, że jej obecna niezdolność do pracy i zarobkowania pochodzi od pracy przy owej windzie. Wypadało wtedy zasięgnąć wiadomości co do poprzedniego stanu zdrowia pacyentki i zwolnić lekarzy, którzy ją poprzednio leczyli, od obowiązku zachowania w tajemnicy tego, co wiedzą o tej chorej. Ujawniło się, że pacyentka dawno przed owym urazem leczyła się niejednokrotnie w szpitalu wskutek rzeżączki oraz perimetritidis gonorrhoicae. Uznano wtedy, że uraz mógł pogorszyć stan chorej, lecz że bynajmniej nie był przyczyną tyłozgięcia macicy, wrzekomo powstałej wskutek pracy przy windzie.

Nie wypada też zapominać o fakcie, którego lekarze pewni— oczywiście mało doświadczeni—nie uznają, że u tej samej chorej macica nieraz leży in retroflexione, a nieraz in anteflexione. Fritsch nieraz u pacyentek, które nigdy w ciąży nie były, przez długi czas daremnie się wysilał, aby przez takie lub owe leczenie, pessarium etc. zwalczyć tyłozgięcie, nawet tyłozgięcie pod ostrym kątem. Nieraz widząc, że leczenie nie prowadzi do skutku, wszelką terapię na pewien czas przerwał — a gdy pacyentka po upływie pewnego czasu ponownie zgłasza się do

niego, ze zdumieniem znalazł macicę w przodozgięciu. Nieraz proponował on operacyę, lecz chora nie zaraz zapisała się do kliniki. Gdy potem ponownie zgłaszała się po kilku miesiącach, znalazł on anteflexio uteri, nawet nieraz konstatował on taką anteflexio już na drugi dzień po stwierdzeniu tyłozgięcia, które miało być drogą operacyjną usunięte.

Ktokolwiek ma duże doświadczenie, przyzna, że tyłozgięcie macicy może być chwilowe i może samowolnie zginąć. Szczególnie w późniejszych okresach popołogowych, gdy macica in statu subinvolutionis leży nizko i w tyłopochyleniu z powodu ciężaru własnego, oraz rozpulchnienia więzów etc., po zastosowaniu należytej terapii, po inwolucyi macicy, systematycznem opróżnieniu odbytu i pęcherza macica wraca sponte do przodopochylenia. Co się tyczy nagłego powstania retroflexionis uteri wskutek urazu, to Fritsch niejednokrotnie spostrzegał je osobiście i jako ekspert pod przysięgą uznawał możność związku pomiędzy urazem oraz nagłem powstaniem retroflexionis uteri.

Fritsch leczył pewną młodą osobę wskutek dysmenorrhoeae przy absolutnie prawidłowym stanie narządów płciowych. Pewnego dnia panna ta wieszała bieliznę; przy tej okazyi wlazła na ukośnie stojącą beczkę — beczka nagle potoczyła się, a panna ta uchwyciła linę, na której bieliznę wieszała, lina zaś pofolgowała i panna zleciała z wysokości półtora metra na pośladki, podczas gdy obie ręce były ku górze skierowane, przytem doznała bardzo silnego bólu w brzuchu. Już dnia następnego przyszła do Fritscha, który stwierdził tyłopochylenie macicy. Badanie było nader bolesne, szczególnie dotyk szyi macicznej. Fritsch w uśpieniu odwrócił macicę ku przodowi i włożył pessarium Thomasa, jednak musiał leczyć chorą kilka tygodni, dopóki nareszcie delegliwości i bóle nie zginęły.

Drugi przypadek:

Młoda histeryczka skarżyła się na rozmaite dolegliwości, macica w prawidłowem przodopochyleniu. Następnego dnia dziewczyna ponownie przyszła do Fritscha, oświadczając, że z głębokiej studni wyciągała kubeł pełen wody przy pomocy żelaznego łańcucha. Kubeł zleciał do głębi studni, dziewczyna zaś upadła na pośladki. Ból, przy tem powstały, był tak silny, że dziewczyna dopiero po upływie pewnego czasu była w stanie podnieść się i wrócić do domu. Fritsch miał wrażenie, że chodzi o ciężko chorą osobę. Przy najmniejszym dotyku ściany brzusznej chora krzyczała z bólu, również gdy Fritsch próbobował odwrócić macicę ku przodowi. Dopiero w uśpieniu udało się macicę odwrócić oraz włożyć pessarium.

I w tym przypadku dopiero po kilku tygodniach dolegliwości ustąpiły i dziewczyna odzyskała zdolność do pracy.

Trzeci przypadek:

Kobieta, rozwiązana w klinice, już w drugim tygodniu po porodzie zajmowała się ciężką pracą. Niosąc ciężki garnek na piętro, pośliznęła się i na siedzeniu swojem zjechała ze schodów, i 5 do 6 razy uderzyła pośladkami o stopnie schodów. Fritsch znalazł znaczne tyłozgięcie wielkiej popołogowej macicy, oraz znaczne krwawienie. Gdy zastanowić się nad tem, że w tym okresie popołogowym macica leży jeszcze w przodopochyleniu, trzeba przyznać możność nagłego powstania tyłozgięcia. Jeśli u kobiety, która nigdy nie rodziła, uraz może wywołać nagłe tyłozgięcie, to tem bardziej możliwe to jest u wieloródki in puerperio podczas nagłego działania tłoczni brzusznej.

Możebne jest także powstanie tyłozgięcia podczas męczących wycieczek górskich. Jeśli wypadnie przez dłuższy czas schodzić na dół po drodze bardzo stromo spadzistej, kobieta schodzi o tułowiu silnie ku tyłowi zgiętym, przy tem łatwo macica może pochylić się ku tyłowi.

Nieraz widział kobiety, które chociaż należały do piechurów dzielnych, musiały przerwać wycieczkę górską i wcześniej do domu powrócić z powodu wystąpienia silnych bólów brzusznych. Przyczynę bólów w grzbiecie oraz miednicy znalazł on w znacznem i bolesnem tyłozgięciu macicy. Pacyentka zdumiona była rozpoznaniem Fritscha, ponieważ lekarz domowy, który kilkakrotnie ją badał, zawsze ją zapewniał, że macica leży dobrze w przodopochyleniu.

Drugiem pytaniem jest, czy istnieją tak znamienne dolegliwości tyłozgięcia, że uważać je należy za patognomoniczne. Być może tyłozgięcie istniało bez jakichkolwiek objawów, a dolegliwości powstały wskutek innej przyczyny, perimetritidis etc? Czy tyłozgięcie może wywołać w miednicy bóle perymetrytycznego charakteru, lub nawet zapalenie otrzewnej macicznej?

Podręczniki zaznaczają, że od tyłozgięcia macicy chora doznaje silnego ucisku ku dołowi, parcia ku dołowi, które podczas oddawania stolca przy wysiłkach może wzmódz się do silnych bólów, dalej – panuje silne zaparcie stolca, występują menoragie, upławy i różne dolegliwości odruchowe, jak np. żołądkowe, bóle głowy, przeróżne nerwobóle etc. Gdy więc skonstatujemy przy dotykaniu macicy przez sklepienia pochwowe oraz nadanych macicy ruchach silną bolesność, rozpoznamy puerperalny lub też gonoroiczny perymetryt, czy też wypada przypuścić możność powstania bez udziału jakichkolwiek koków lub bakteryi perymetrytu, wyłącznie jako następstwa tyłozgięcia macicy? Pierwsze zdanie podzielają autorowie, którzy tyłozgięciu macicy nie przypisują żadnego znaczenia, a drugie autorowie, którzy tyłozgięcie macicy leczą.

Wypada więc odpowiedzieć na zapytanie: Czy ucisk, wy-

warty przez tyłozgiętą macicę, może wywołać zapalenie dokołamaciczne lub też zrosty? Możność przyznać trzeba. Jako dowód Fritsch chciałby przytoczyć kilka ginekologicznych spostrzeżeń powstania traumatycznego aseptycznego zapalenia otrzewnej. Gdy wielkie guzy jajnikowe przez dłuższy czas przylegają do ściany brzusznej, powstają często rozlane zrosty guza ze ścianą brzuszną.

Zrosty te powstają w tych miejscach, w których, jako wypuklających się na zewnątrz, ściana brzuszna przy pracy podlega różnym, chociażby drobnym, urazom, uciskowi etc.

Gdy dla usunięcia wielkich guzów lub przy cięciu cesarskiem dokonamy bardzo długiego nacięcia ściany brzusznej, a po wydobyciu guza górną część rany brzusznej chwilowo zamykamy zaciskadłami, przy końcu operacyi, zdejmując owe klampy, przekonać się możemy, że już owe 20—30 minut wystarczyły, aby powstały zlepy powierzchni otrzewnowych pomiędzy sobą. Nie sposób mówić o bakteryach. Bakterye tak szybko działać nie potrafią, a zlepy są poprostu wynikiem urazu: przyciskania jednej powierzchni otrzewnej do drugiej. Jeszcze lepszym dowodem są zlepy, powstające wskutek urazu w sposób następujący: lekarz przy tyłozgięciu włożył wianek, lecz poprzednio nie odchylił macicy należycie. Przy oddawaniu stolca, przy wysiłkach, macica wraca do tyłozgięcia swego — teraz górne ramię wianka uciska na ciało macicy lub też na miejsce zgięcia macicy. Chora wkrótce przy chodzeniu i wysiłkach dostaje bólów. Przypuszczając jednak, że musi przyzwyczaić się do noszenia wianka, zjawia się dopiero po kilku tygodniach, ponieważ bóle nie ustają. Równocześnie z bólami wywiązało się uporczywe zaparcie, stwardniały słup kału dyzlokuje za każdym razem macicę, gdy nastąpić ma opróżnienie kału na zewnątrz. W macicy odbywa się proces zastoinowy, macica brzęknie i puchnie, w czem uczestniczy powłoka surowicza macicy. Stały ucisk twardego pessarium na miękką, opuchniętą macicę oraz przekrwione powierzchnie otrzewnowe, które trą się o siebie przy wszelkich ruchach, na drodze urazowej sprowadzają wytworzenie się zrostów. Macica, kilka tygodni temu leżąca w tyłozgięciu, lecz wtedy swobodnie jeszcze ruchoma, obecnie jest nieruchoma: powstała retroflexio fixata wskutek nieumiejętnie wybranego wianka. Fritsch przypadki takie widuje często. Osobiście już od wielu lat Fritsch nie wkłada wianków tam, gdzie nia ma osobiście możności kontroli ich działania. Gdy macica tyłozgięta jest bardzo wielka, perimetritis taka, prowadząca do zrostów, może powstać nawet i bez udziału wianka wskutek silnego ściskania macicy ku dołowi przy twardym stolcu, przy bardzo znacznej głębokości zatoki Douglasa etc., i może wywołać stałe bóle i niezdolność do pracy.

Głównie występują takie powikłania właśnie przy tyłozgięciu macicy, nagle wskutek urazu powstałem.

Są tacy, którzy bóle owe przypisują nie tyłozgięciu, a zapaleniu otrzewnej. A jednak cóż oni powiedzą, gdy przekonają się, że po operacyi Aleksandra Adamsa, lub po zastosowaniu odpowiedniego, umiejętnie wybranego wianka, odrazu wszelkie dolegliwości zginą.

Być może przy tyłozgięciu macicy gra pewną rolę i uciśnięcie jajników, ich przekrwienie i t. d. Dowodem jest, że po należytem ułożeniu macicy owarialgie takie giną samowolnie bardzo szybko.

Wnioski:

I. Tyłozgięcie macicy może powstać wskutek urazu.

II. Dolegliwości, wywołane tyłozgięciem macicy, mogą w większym lub mniejszym stopniu wywołać zmniejszenie zdolności do pracy.

(Deut. med. Wochenschr. № 41. 1911).

FR. NEUGEBAUER.

Wladimiroff. *Przyczynek do etiologii włókniakomięśniaków.*

Zdaniem autora, dotychczas zamało uwzględniano wpływ kiły na rozwój włókniakomięśniaków.

Na zasadzie 60 spostrzeżeń osobistych, opisanych szczegółowo, autor dochodzi do wniosku, ze w większości przypadków w historyi choroby stwierdzono bądź nabyty, lub też dziedziczony przymiot.

Włókniakomięśniaki przymiotowego pochodzenia dzieli autor na dwie grupy: 1) wywołane bezpośrednim wpływem zarazka, 2) powstałe pod wpływem niweczników przymiotu, t. j. metaluetyczne.

Pierwsza grupa anatomicznie przedstawia się w postaci niewielkich guzków na brzegach i powierzchni macicy, i łatwo poddaje się specyficznemu leczeniu. Przeciwnie, druga grupa, liczniejsza, ma skłonność do szybkiego rozrostu guza, specyficzne zaś leczenie pozostaje bez wpływu, a nawet pogarsza często stan chorej.

Podobne objawy dają się również zauważyć w leczeniu metaluetycznych zmian układu nerwowego. Włókniakomięśniaki macicy bardzo często idą w parze z innemi metaluetycznemi zmianami ustroju.

Teorye o powstawaniu włókniakomięśniaków na tle zaburzeń krwiobiegu, potwierdzają przypuszczenie wpływu przymiotu na rozwój guza; gdyż, jak wiadomo, przy kile naczynia są miejscem działania i rozpowszechniania się zarazka.

Zaburzenia rozwojowe organów płciowych, spotykane czę-

sto we włókniakomięśniakach, tłómaczą się również tem, że przyczyną tych obu zjawisk jest dziedziczny przymiot.

Kiłaki mięśni poprzecznoprążkowanych, przechodzące często w guzy włókniakowe, mają wiele wspólnego z powstawaniem włókniakomięśniaków macicy.

Tak częste wady serca chorych na włókniakomięśniaki macicy dają się również wytłómaczyć pochodzeniem kiłowem guza.

(Sammlung klin. Vortrage. № 621).

M. KASPEROWICZOWA

Esch. *Czy poród należy uważać za proces anafilaktyczny?*

Sauerbruch i Heyde wykazali u szczurów, parabiotycznie połączonych, że gdy jeden z nich jest ciężarny a drugi nie, i pierwszy zacznie rodzić, u drugiego zjawiają się zaraz ciężkie przypady, dowodzące, że przy porodzie tworzą się w organizmie matki trujące ciała, na które jednak sam organizm jest już odporny. Gdy złączymy dwa zwierzęta w różnych okresach ciąży, wtedy, w razie gdy jedno rodzi, bardzo często i u drugiego powstaje poronienie.

Heyde wstrzykiwał ciężarnym kobietom surowicę płodu śródżylnie i doszedł do przekonania, że poród uważać należy za proces anafilaktyczny, mianowicie działa tu obce białko, a jest nim surowica płodu.

Autor przeprowadził w tym samym celu własne badanie, i doszedł do przekonania, że jednak porodu nie można uważać za proces anafilaktyczny.

W tym celu wstrzykiwał ciężarnym kobietom śródskórnie surowicę z płodu lub wyciąg z łożyska bez odczynu. Także toksyczność moczu ciężarnych, stosunkowo niewielka, przemawia przeciwko wspomnianemu procesowi.

(Münch. med. Wochenschr. № 2, 1912).

A. KLĘSK.

Robert Asch. *Rzadkie uszkodzenie kiszek sub abortu incompleto.*

Do szpitala przywieziono około południa kobietę od 5 miesięcy ciężarną, od trzech miesięcy krwawiącą. Do szpitala skierował ją lekarz, oznajmiając, że próbował rozszerzyć otwór macicy i płód wydobyć — przytem nagle wypadła pętla kiszek z pochwy. Wszelkie usiłowania lekarza kiszkę do jamy brzusznej odprowadzić miały być bez skutku, a nawet coraz więcej pętel kiszek wypadało. Wobec tego lekarz starał się wydobyć sam płód, udało mu się główkę płodu zmiażdżyć, lecz wydobyć jej nie mógł. Owinął więc wypadnięte pętle kiszek w gazę jodoformową i chorą do Ascha skierował.

Anemiczna kobieta, o tętnie 140 uderzeń, ciepłota + 35,7° C. Po odsłonięciu brzucha spostrzeżono kilka pętel kiszek pomiędzy udami chorej, w niektórych tylko miejscach gazą pokrytych, tu i owdzie posklejanych z brudną i zakrwawioną koszulą. W kilku miejscach otrzewna kiszek była powierzchownie pokaleczona. Dalej pokazało się, że większa część wypadłej kiszki była oderwana od swej krezki. Palec, do pochwy wprowadzony, wykrył boczne lewostronne rozdarcie szyi macicznej oraz w jamie macicznej żebra i jelita płodu. Dno macicy stało na wysokości dwóch palców poprzecznych poniżej pępka.

Dokonano natychmiast cięcia brzucha. W dnie macicy znaleziono po prawej stronie dziurę, w której sterczała lewa noga płodu, goleń i nóżka były w jamie brzusznej. Przez tę dziurę lekarz powyciągał kiszki do macicy, pochwy i na zewnątrz. Asch na razie uchwycił krezkę oderwanej kiszki kilkoma zaciskadłami, owinął następnie krezkę wraz z zaciskadłami gazą, następnie popodkładał serwety pod kiszkę w blizkości dziury macicznej, podwiązał oba ramiona kiszki, do macicy wciągniętej, podwójnie i każdą z nich pomiędzy dwiema podwiązkami żegadłem przeciął. Następnie od strony sromu wyciągnął ex utero całą pętlę wypadniętą kiszki, owiniętą poprzednio szczelnie gazą. Zaszyto na ślepo światło każdego ramienia kiszki, poprzednio podwiązanej.

Tymczasem Asch per vaginam wydobył płód, wyciągając tym sposobem i nóżkę z jamy otrzewnej. Klatka piersiowa i ściany jamy brzusznej płodu były uszkodzone; główka wisiała na strzępku części miękkich i była oddzielnie wyjęta. Następnie wstrzyknięto chorej jedną dawkę kornutyny i od góry zaszyto ranę maciczną. Następnie podwiązano mesenterium odciętej pętli kiszek, i dokonano bocznej anastomozy dwu pozostałych odnóg odciętej pętli kiszki. Wycięta część kiszki miała długości 3,10 metrów. Po zaszyciu rany brzusznej Asch per vaginam usunął z macicy w kawałkach łożysko, poszarpane doszczętnie.

Tętno było zaledwie wymacalne. Wstrzyknięto pół litra rozczynu soli kuchennej, oraz zastosowano lawatywę słoną do odbytnicy i ustawiono nad brzuchem operowanej ogrzewacz elektryczny. Zimne powłoki skórne wkrótce ogrzały się. Przez dwa dni następne jeszcze + 39,8° C.

Ciepłota opadła. Następnego po operacyi dnia brzuch był wzdęty, wiatry nie odchodziły, tętno było przepuszczające. Od 16-go dnia po operacyi ciepłota już pozostawała prawidłowa.

W czwartym tygodniu po operacyi chora opuściła szpital w zdrowiu zupełnem.

Chora zniosła bezkarnie usunięcie aż trzech metrów kiszki cienkiej. Najwięcej obawiać się wypadało w danym przypad-

ku ujemnych skutków utraty krwi, a dalej—infekcyjnego peritonitu. Ubytek krwi widocznie nie musiał być bardzo znaczny przy odrywaniu kiszki od jej mesenterium, ponieważ wiadomo, że rany rwane mniej krwawią od ran ciętych, a dalej wiadomo, że właśnie ciężarne kobiety lepiej znoszą nawet znaczną utratę krwi od nieciężarnych.

(Berlin. klin. Woch. № 48. 1911).

FR. NEUGEBAUER.

Rajko Markowic. *Rzadkie zejście rozpoczętego spędzenia płodu.*

43-letnia kobieta zgłosiła się do lekarza, opowiadając, że, uważając się za ciężarną od 2 miesięcy z powodu zatrzymania się peryodu, wprowadziła sobie 8 dni temu do macicy cewnik gumowy i, w obawie, aby podczas oddawania stolca cewnik nie wyleciał, wpychała go codziennie cokolwiek głębiej. Od 2 dni jednak cewnika już wymacać nie może, a ponieważ od czasu wprowadzenia cewnika krwawi i od 2 dni gorączkuje, prosi dziś o pomoc lekarską.

Markowic pomimo starannego badania nigdzie cewnika wymacać nie mógł, oświadczył więc pacyentce, że cewnik prawdopodobnie wpadł do klozetu. Macica nie robiła wrażenia ciężarnej, była twarda, bez objawu Hegara, M. więc nie mógł przekonać się, czy rzeczywiście istniała ciąża, jednak wobec wywiadów, krwawienia i gorączki $+39^0$ C. przy tętnie 90 — rozszerzył kanał szyi macicznej laminarią i rozszerzaczami Hegara. Palec, do macicy wprowadzony, nigdzie śladu ciąży nie mógł wykryć. Ściany macicy były równomiernie gładkie.

Po 4 dniach gorączka i krwawienie ustały i chora powróciła do domu. Po 3 tygodniach chora zjawiła się ponownie, wskazując na bóle, niezbyt silne, w okolicy prawej nerki. Mocz prawidłowy, objektywnych zmian nie było. Peryod już raz wystąpił.

Po trzech miesiącach chora po raz trzeci przyszła do M., opowiadając, że od kilku dni zauważyła cuchnące odchody z pochwy, których nigdy dawniej nie miewała. M. wykrył nieznaczną wypukłość ściany pochwy po prawej stronie na centymetr powyżej ujścia pochwy. Od tego wypukłego zgrubienia ku górze zdążał jakiś powrózek tkanki zgrubiałej, który powyżej ginął pod palcem. Na szczycie tej wypukłości M. znalazł małą rankę o nekrotycznych brzegach i przekonał się, że z otworu tego daje się wyciskać cuchnąca ropa. Po rozszerzeniu otworku natrafił na poszukiwany dawniej daremnie cewnik, stwardniały i sczerniały, jak się pokazało po wyciągnięciu go z ukrycia. Cewnik miał 30 cent. długości i wykazywał skrzywienie, odpowiadające wklęsłości kości krzyrzowej. Po wydo-

byciu cewnika M. przepłukał przetokę, z której cewnik wydobył i włożył podwójny sączek. Po kilku tygodniach kanał przetokowy zamknął się i kobieta zdrowa powróciła do domu.

M. dziwił się, że nie wymacał nigdzie cewnika przy pierwszych 2 badaniach chorej. Szukał daremnie miejsca jakiegoś przedziurawienia tylnego sklepienia pochwy, lecz nigdy mu do głowy nie przyszło szukać miejsca wdrążenia ciała obcego do tkanki przypochwowej tak nizko, tuż powyżej ujścia pochwy.

Spostrzeżenie to jest przykładem, co kobieta znieść potrafi: bez odczuwania bólu jakiegokolwiek wepchnęła sobie ciało obce, perforując ścianę pochwy aż na 30 przeszło centymetrów głębokości i przeszło 3 miesiące takowe w ustroju nosiła bez wystąpienia zakażenia od cewnika, który, według wszelkiego prawdopodobieństwa, bynajmniej nie był aseptyczny.

(Zentr. f. Gyn. № 48. 1911).

FR. NEUGEBAUER.

Basch. *Sekrecya sutka dziecka, jako wskaźnik zdolności karmienia u matki.*

Te same czynniki, które powodują wydzielanie się mleka u matki, czynią to i u dziecka (hormony). Foa przez wstrzykiwanie wyciągów z płodów królikom wywołał powiększanie się sutków, podobnie Biedel i Koenigstein. Autorowi zaś udało się pójść jeszcze dalej. W przeciwieństwie do dotychczasowych badaczy, wstrzykiwania robił on nie zwierzętom dziewiczym, lecz takim, które już rodziły i wstrzykiwał wyciąg łożyska. Bardzo często udawało się też mu uzyskać wydzielanie się mleka ze sutka, przedtem nie powiększonego. Natomiast powiększanie się sutka samego bez sekrecyi, tak jak to dzieje się w ciąży, udaje się uzyskać przez wszczepianie tkanki jajnika ze zwierzęcia ciężarnego. Takie samo działanie naturalnie spostrzegać można i w organizmie dziecięcym i dlatego stan sutka dziecka może być dokładnym wskaźnikiem zdolności karmienia matki.

Zwierzęta, które krótko przebywają w łonie matki, a więc niejako nie mogące zatruć się tymi hormonami (króliki, psy) nie okazują wydzieliny w sutku, ale przez wstrzykiwania można i u nich pobudzić gruczoły do działania. Gruczoł mleczny u noworodka zaczyna wydzielać 4 dnia i wydzielanie to trwa czasem do 3 tygodni, ale zmiany drobnowidzowe trwają do 8 tygodni. Tam więc, gdzie sutek dziecka jest rozwinięty i wydziela za uciskiem obficie, przypuszczać można, że i u matki pokarm będzie obfity, i, naodwrót, brak wydzielania siary u dziecka każe źle rokować o zdolności do karmienia u matki. Statystyka 100 przypadków badanych.

(Münch. med Woch. № 43. 1911).

A. KLĘSK.

G. Frischbier. *Stosunek między gruźlicą i sprawami rozrodczemi.*

Autor opiera się na materyale, składającym się z 4000 spostrzeżeń; z tych 180 opisuje w streszczeniu. W końcu pracy podaje zestawienie statystyczne.

Powyższe 180 kobiet przechodziły razem 312 porodów, 80 poronień i 16 sztucznie wywołanych poronień. Jednak z powyższej liczby 160 porodów i 28 poronień trzeba odtrącić, ponieważ były one w czasie zbyt odległym od chwili zapadnięcia na gruźlicę. A zatem pozostaje: 152 urodzeń (w tem 7 przedwczesnych), 61 poronień i 16 sztucznych poronień.

W pierwszym okresie gruźlicy było 133 kobiet, w drugim — 33 kobiet, w trzecim — 14 kobiet.

W związku z poronieniem pogarszał się stan płuc już zajętych u 40 kobiet, co czyni 66%. W tych 40 przypadkach było: w I okresie — 34 kobiet, w II — 5 kobiet, w III — 1 kobieta. W 5-ciu przypadkach poronienie nie wpłynęło na stan choroby = 8%, a w 3-ch wpływ był wątpliwy = 6%. W 33 przypadkach, czyli w 54% — poronienie było wynikiem stanu gruźliczego.

W 7-iu przypadkach, czyli w 4,6% gruźlica była przyczyną wczesnego porodu samoistnego.

Sztuczne poronienie było stosowane w 16-tu przypadkach. Z tej liczby w 2-ch przypadkach, czyli 12,5% skutek był wątpliwy, w 4-ch, czyli 25% nastąpiło pogorszenie, w 10-ciu, czyli 62,5 była poprawa.

Wpływ porodu na gruźlicę i odwrotnie nie był widoczny w 2-ch przypadkach, czyli 1,3%; w 106 przypadkach po porodzie nastąpiło pogorszenie = 69,7%; w 44 przypadkach, czyli 29% nie było złego wpływu porodu na gruźlicę.

Autor formułuje swoje poglądy na stosunek gruźlicy do sprawy rozrodczej w następujących wnioskach:

1. W wielu przypadkach sprawy rozrodcze wywierają wpływ niekorzystny na przebieg gruźlicy i odwrotnie.

2. Przyspieszenie sztuczne porodu, oprócz przypadków, w których bywa ono konieczne dla dobra dziecka, nie daje żadnej korzyści, ponieważ najczęściej wywiera ono wpływ szkodliwy na przebieg choroby.

3. Lecznice dla gruźliczych chorych powinny więcej przyjmować ciężarnych kobiet, niż to się czyni obecnie; przez środki hygienicznodyetetyczne umożliwia się takim kobietom przebycie bezpieczne porodu. Po porodzie należy się pacyentkę poddać kuracyi wzmacniającej.

4. Należy urządzić lecznice tak, by można było w nich odbyć rozpoczęte poronienie, lub poród wczesny.

(*Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynäk. 2-gi zeszyt. 1911*).

B. WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 12 października 1911 r.

1. *Krauze.* Przypadek nowotworu rdzenia, leczony operacyjnie z dobrym wynikiem.

1. *Krauze.* Przypadek nowotworu rdzenia, leczony operacyjnie z dobrym wynikiem.

W dniu przybycia do oddziału, t. j. dnia 26 marca 1911 r. chory, 51-letni mężczyzna, opowiadał, że 8 miesięcy temu z niewiadomej przyczyny dostał silnych bólów w prawym boku i w plecach prawej strony na wysokości żeber 7-go, 8-go, i 9-go. Gdy środki, stosowane w ciągu kilku miesięcy w celu uśmierzenia bólów, nie pomagały, chory szukał pomocy w klinice w Królewcu. Tam rozpoznano nerwoból kilku nerwów międzyżebrowych, i jako środek doraźny zastosowano choremu wycięcie odnośnych nerwów, na co chory zgodził się. Wycięto więc choremu 3 lub 4 nerwy międzyżebrowe strony prawej. Na razie po operacyi bóle jeżeli nie ustąpiły zupełnie, to w każdym razie znacznie zmniejszyły się. Lecz wkrótce bóle zaczęły znowu zjawiać się i po niejakim czasie z większą jeszcze siłą, niż przed operacyą. Dziesięć tygodni temu chory zauważył osłabienie kończyn dolnych i utratę w nich władzy. W takim stanie zapisał się do oddziału Flataua.

Przy badaniu okazało się: chory ani stać, ani chodzić nie może, zupełny bezwład kończyn dolnych; odruchy bardzo żywe. Czucie bólowe i cieplikowe zniesione od linii mieczykowatej do stóp włącznie, czucie dotykowe osłabione w tych samych granicach. Silne bóle w prawym boku i w plecach z prawej strony. Mocz oddaje prawidłowo. Cierpi na zaparcie stolca. Przy obmacywaniu kręgów grzbietowych 3, 4, 5, i 6-go czuje ból dość znaczny. Narządy klatki piersiowej nie przedstawiają nic szczególnego. Wykonana próba Pirqueta dała winik dodatni.

W przypuszczeniu, że ma się do czynienia z cierpieniem kręgów pochodzenia gruźliczego, nałożono choremu aparat wyciągowy, w którym leżał około dwóch tygodni. Gdy stan chorego nie poprawił się, lecz, przeciwnie, pogarszał się, bóle w boku i plecach stawały się nieznośnymi dla chorego, a dalsze badania, prowadzone przez Flataua, wykazały, że najpraw-

dopodobniej ma się do czynienia z nowotworem rdzenia na wysokości 5-go lub 6-go kręgu, gdy w dodatku zaczęły zjawiać się zaburzenia w oddawaniu moczu, zaproponowano choremu operacyę, na którą chętnie zgodził się. W tym celu chory przeszedł do oddziału Krauzego.

Operacyę wycięcia łuków wykonał K. dnia 27 marca w uśpieniu chloroformowem i w położeniu chorego na lewym boku z przykurczonemi dolnemi kończynami; cięcie poprowadził K. na wyrostkach kolczystych, zacząwszy od dolnego brzegu 2-go kręgu piersiowego do 6-go kręgu i za pomocą laminektomu usunął łuki 3, 4, i 5-go kręgu piersiowego. Tkanka tłuszczowa, pokrywająca oponę twardą, okazała się przekrwioną i zrośniętą częściowo z okostną łuków na przedniej powierzchni. Tkankę tę K. usunął na całej przestrzeni i obnażył oponę twardą. Tętnienia rdzenia nie było. Dawszy choremu położenie Trendelenburga, przeciął K. oponę na całej długości usuniętych łuków, przyczem wylała się dość duża ilość płynu mózgowordzeniowego. Na całej tej przestrzeni rdzeń na pozór okazał się niezmienionym, i guza nie było. Dopiero, po uniesieniu obu brzegów przeciętej opony szczypczykami ku górze, zauważyć można było nieco niżej dolnego kąta rany górny odcinek guza koloru sinego, znajdujący się poza łukiem 6-go kręgu więcej na stronie prawej; K. usunął wtedy łuk i 6-go kręgu i wtedy można było po części na tępo, po części nożyczkami lub nożem guz usunąć. Na oponę twardą nałożył K. szew ciągły z cienkiej struny, a na ranę szew trzypiętrowy; do górnego i dolnego kąta rany wprowadził paski gazy. Guz formy podługowatej, miękki, wielkości dużej fasoli. Badanie drobnowidzowe wykazało angiofibrosarcoma.

Nazajutrz po operacyi d. 28 marca chory miał się wogóle dobrze. Na bóle nie narzekał. Tętno przyśpieszone — oddech również przyśpieszony. Ciepłota dochodzi r. 37,5, w. 38.6. Ruchy wyprostne obu dolnych kończyn wyraźniejsze z lewej strony, niż z prawej, czucie wyraźniejsze z prawej, niż z lewej strony. Odruchy wszelkie zachowane. Trzeciego dnia po operacyi wystąpiła wyraźna arytmia tętna, która trwała 4 dni i przeszła. Ciepłota r. 37,6, w 38,3. Czwartego dnia po operacyi zaczęły poprawiać się ruchy w palcach, aczkolwiek nieznacznie. Stan ogólny chorego dobry. Ciepłota prawidłowa. Piątego dnia po operacyi zmieniono opatrunek, i usunięto gazę z kątów rany; wylewa się nieco różowego płynu z górnego kąta rany. Stan chorego dobry. Mocz oddaje sam. Skarży się na bóle w kończynach. Ruchy kończyn dolnych coraz wyraźniejsze i obszerniejsze. Dziewiątego dnia po operacyi usunięto szwy. Rana zagojona przez rychłozrost.

Podczas dalszego przebywania chorego w oddziale spostrzegać można było z każdym dniem większą poprawę co się tyczy stanu ogólnego, i co się tyczy ruchów kończyn dolnych; są one coraz mocniejsze, wyraźniejsze i obszerniejsze. Bóle w kończynach mniejsze. Łaknienie dobre. Tętno prawidłowe. Bóle w okolicy wątroby, które kilka dni temu pojawiły się, zmniejszają się. Dnia 11 kwietnia, t. j. 14-go dnia po operacyi, chory wraca do oddziału Flataua.

Obecnie chory chodzi wcale dobrze, przeważnie chodzi opierając się na lasce, ale i bez laski jest w stanie chodzić przez dłuższy czas. Bóle

w krzyżu i kończynach, na które dłuższy czas uskarżał się, są obecnie niewielkie.

K. zwraca jeszcze uwagę na niektóre punkty. Prawie wszyscy chirurgowie dają choremu położenie na boku podczas operacyi. Niektórzy kładą chorych na brzuchu podczas i po operacyi i w ciągu kilku dni. Jeżeli takie położenie po operacyi może być dobre, gdyż opatrunek nie zostaje uciśnięty przez chorego i pozostaje dla tego suchy, to takie położenie podczas operacyi nie ma racyi bytu; zachodzi niejaka trudność w chloroformowaniu chorego, następnie — chory swobodnie w takiem położeniu oddychać nie może. Co się tyczy samej techniki operacyi, to wycinamy i usuwamy zwykle łuki tylu kręgów, ile potrzeba dla dobrego dostępu. W ostatnich jednak czasach niektórzy radzą nie usuwać łuków, lecz zrobić czasowe wycięcie.

Tak, Hofmann wycina czasowo płat okostnowokostny z łuków tylu kręgów, ile potrzeba, Röpke zaś robi cięcie podłużne na wyrostkach kolczystych, te ostatnie usuwa, i za pomocą dłuta szerokiego wycina czasowo płaty okostnowokostne z łuków, nie oddzielając miękkich części; pozostałe części łuków usuwa szczypcami Luera; w ten sposób, po rozszerzeniu rany, ma dobry dostęp do rdzenia. Jeżeli tu idzie o to, aby nie wywołać zniekształcenia i osłabienia kręgosłupa, to czasowe wycięcie nie jest usprawiedliwione. Wiemy dobrze, że po usunięciu łuków nawet dużej liczby kręgów kręgosłup nie osłabia się.

W podanym przypadku K. usunął łuki 4-ch kręgów bez żadnych złych następstw. Taylor radzi nie wycinać obu łuków, lecz tylko jeden, robiąc jedno cięcie z góry na dół i ku wewnątrz obok wyrostka kolczystego, drugie obok wyrostka poprzecznego. Zdaniem jego, dostęp do rdzenia jest dostateczny. Przed otwarciem opony twardej dajemy zwykle choremu położenie Trendelenburga, aby zapobiedz raptownemu i obfitemu wyciekowi płynu mózgowordzeniowego. Jest to jednak niezbędne, gdy operujemy w dolnych częściach kręgosłupa, przeważnie w części lędźwiowej, w szyjowej zaś części lub górnej części piersiowej nie zawsze jest to konieczne.

Kryński wyraża wątpliwość co do pochodzenia guza i jego miejsca wyjścia. Zarówno sam przedstawiony nowotwór, jak i omówione przezi Krauzego szczegóły anatomiczne i operacyjne przemawiają raczej za tem, że był to nowotwór opony miękkiej, który zagłębił się do wnętrza rdzenia, z nim jednak związku bezpośredniego nie miał. Nowotwory prawdziwe rdzenia stanowią nadzwyczajną rzadkość, a i z pomiędzy nielicznych opisanych w piśmiennictwie część jest wątpliwa. Zdaje się przeto Kr. być pewne, że i w danym przypadku nie mamy do czynienia z właściwym nowotworem rdzenia, lecz z guzem oponowym. Konieczne jest zbadanie drobnowidzowe.

Stankiewicz Wł. uważa wynik leczenia operacyjnego w danym przypadku za niezbyt zadawalający, a rokowanie co do zupełnego wyzdrowienia za wątpliwe.

Rotstadt uzupełnił następującymi szczegółami okres powstania i rozwoju cierpienia przed i po operacyi.

W ciągu 12-tu tygodni od początku choroby jedynym objawem były bóle w prawym boku, i połowie prawej pleców, na wysokości 6-go i 7-go (najbardziej) 8, 9, 10 i 11-go żebra. Bóle te miały cechy nerwobólu międzyżebrowego, skłoniły klinicystów królewieckich do wykonania wycięcia kilku nerwów międzyżebrowych. Zabieg ten nie pomógł. Przeciwnie, bóle wzrastają stopniowo od przodu, obejmują połowę lewą klatki piersiowej, zaczynają występować stale w postaci bólu, opasującego dolną część jej. Już w 3-im tygodniu po wycięciu nerwów zjawiają się objawy niedowładu k. k. dolnych, a za nimi ruchy mimowolne i stępienie czucia wszystkich rodzajów od górnego pasa granicznego, na poziomie linii mieczykowatej, do stóp włącznie.

Po 6-ciu miesiącach od początku choroby obraz kliniczny cechują przedewszystkiem: bóle nieustanne w miejscu wymienionem, zwłaszcza na stronie prawej, bezwład zupełny k. k. dolnych, zniesienie czucia bólu, ciepła i zimna, a osłabienie znaczne czucia dotyku w granicach, określonych wyżej; ruchy mimowolne, wzmożenie odruchów ścięgnistych, obustronnie objaw Babińskiego i ciężkie zaparcia.

Przebieg cierpienia świadczył niewątpliwie o postępującej wciąż, bez wahań, w ciągu 6-ciu miesięcy sprawie uciskowej rdzenia. Górna granica odcinkowa zaburzeń czucia oraz przodująca rola w rozwoju obrazu klinicznego bólów nieustannych, na stronie prawej, o typie korzeniowym, kazały szukać miejsca ucisku na stronie prawej na wysokości mniej więcej 5—6-go segmentu grzbietowego (4 i 5 kr. grzbietowy). Na uwagę zasługuje jeszcze wynik wybitnie ujemny wyciągu próbnego, co przemawiało przeciwko gruźlicy kręgów (dodatnia próba Pirqueta okazała się zwodniczą). Nowotwór (Angiofibrosarcoma), jak już tu powiedziano, leżał u brzegu dolnego 5-go kręgu grzbietowego, i na poziomie 6-go, tuż od linii środkowej opony twardej, uciskał rdzeń od strony prawej, od tyłu i z boku.

W rozwoju obrazu klinicznego bezpośrednio po zabiegu podkreślić należy trwanie w dalszym ciągu niezmiennie bezwładu o cechach kurczowych, jako objawu znaku dobrego, po za tem powrót prędki, choć stopniowy, wielu ruchów dowolnych. Na szczególną jednak uwagę zasługuje osunięcie się na 5-ty dzień granicy górnej znieczulenia o 3—4 palce poprzeczne do linii pępkowej (według szematu Ed. Flataua), co tłomaczy przyczynę określenia miejsca ucisku nieco wyżej od miejsca, gdzie był, jak się okazało, ukryty nowotwór. Należy myśleć, że ponad miejscem bezpośredniego ucisku rdzenia przez nowotwór utworzył się obrzęk, który wywołał między innemi zahamowanie drożności włókien, przeprowadzających czucie w odcinkach grzbietowych 5-ym i 6-ym, nie niszcząc jednak w miejscu tem ich budowy anatomicznej. Gdy usunięto guz, krążenie płynów w przestrzeniach chłonnych i naczyniach żylnych wracać zaczęło do normy, obrzęk malał, opadał, pierwotna granica górna znieczulenia z poziomu linii mieczykowatej (5—6-ty odc. grzbietowy) opadła do linii pępkowej, odpowiadającej 7—8-mu odc. grzbietowemu, a więc do miejsca spłaszczenia, względnie mniej lub więcej trwałego zniszczenia rdzenia przez trwający 6 miesięcy ucisk nowotworu.

Nowotwór nie był wewnątrzrdzeniowy, przeciwko czemu przemawiały zresztą bóle od samego powstania choroby, lecz zewnątrzrdzeniowy, leżał pod oponą twardą i nie był z nią zrośnięty. Złączony był natomiast błoną z opony pajęczynowatej i miękkiej, jak pochewką, z rdzeniem. Po kilku cięciach błonki nowotwór wyłuszczyć się dał w całości w postaci śliwki dużej, o konsystencyi dość miękkiej.

Stan zdrowia chorego pod względem neurologicznym w chwili obecnej należy uważać za znakomity, i bynajmniej nie można podzielać wątpliwości jednego z przedmówców, czy należy się cieszyć z wyników operacyi, chory bowiem chodzi źle, chwiejnie, powoli, o kiju. Wszak już na 2-gi dzień po operacyi wracać zaczęły niektóre ruchy zniesione, a z dnia na dzień stawały się sprawniejsze. Osłabienie czucia ustępowało, a dziś wróciło wszak do stanu normalnego. Objawy kurczowe słabły, a bóle znikały; sprawność ruchów i siła z dnia na dzień wzrastały bez wahań lub chwilowego pogorszenia. W początkach sierpnia chory chodzi już w wózku Eulenburga, w połowie września chodzi o kulach; wymiar ruchu staje się normalny. W początkach października powstaje już z łóżka o własnej sile, stoi bez oparcia, stąpa; w połowie października bez kija chodzić zaczyna. Mamy więc właśnie objawy postępującej bez wahań poprawy, która pozwala robić rokowanie najlepsze, przepowiednię zupełnie dobrą, a wiąże się z bezpośrednim i znakomitym wynikiem dokonanego zabiegu operacyjnego. Jest to drugi przypadek zupełnego uleczenia chorego z oddziału Flataua po operacyi nowotworu rdzeniu; pierwszej operacyi, również z wynikiem znakomitym, dokonał Oderfeld przed kilku laty.

Oderfeld operował 8 podobnych przypadków. Sądzi on, że pomimo doniosłych postępów neurologii, dyagnostyka nowotworów podoponowych rdzenia przedstawia jeszcze dużo do życzenia. W przypadkach swoich, kwalifikowanych do operacyi przez najwprawniejszych naszych klinicystów, znajdywano prawie zawsze siedlisko choroby określone dość ściśle, natomiast natura choroby, wzgl. powód ucisku rdzenia nie zawsze odpowiadał przypuszczeniu przed operacyą. O. nie wątpi, że i pod tym względem chirurgia rzuci wiele światła na omawianą sprawę, jak to uczyniła w wielu innych cierpieniach. O. uważa, że fotografia Röntgena w wielu przypadkach okaże dużą pomoc, a zwłaszcza w przypadkach nowotworów lub schorzeń samego kręgosłupa, jako przyczyny ucisku rdzenia. W jednym ze swoich przypadków byłby O. wstrzymał się od zabiegu, gdyby posiadał dobrą odbitkę.

Wskazanie do omawianej operacyi stanowią nietylko guzy, w ścisłem znaczeniu tego słowa, lecz wszystkie sprawy, powodujące ucisk rdzenia, z wyłączeniem tych przypadków, w których przyczyna ucisku a priori wydaje się nieusuwalną; pod tym jednak względem zachodzą dość duże indywidualne różnice poglądów. W obecnej chwili, zdaniem O., jesteśmy być może zbyt bojaźliwi we wskazaniach do omawianego zabiegu.

Co się tyczy „nowotworu rdzenia“, jak to Krauze swój referat zatytułował, to O. sądzi, że jest to tylko zwyczajowo używana nazwa tych guzów, ale rozumiemy pod tą nazwą nie nowotwory samego rdzenia, lecz wy-

chodzące z opon rdzeniowych i dla ścisłości lepiej nazywać je nowotworami podoponowymi. Zabiegi, mające na celu usunięcie nowotworów samego rdzenia, prawdopodobnie rzadko będą stosowane; O. przypomina sobie z piśmiennictwa przypadek, w którym chirurg (nazwiska O. nie przypomina), po obnażeniu wrzecionowato rozszerzonego rdzenia, zrobił na rdzeniu podłużne cięcie, i usunął z wnętrza kanału rdzeniowego guz, wielkości grochu. Przypadek zakończył się pomyślnie.

Nie rzadko znajdujemy w czasie operacyi, że nowotwór tak ściśle przylega do samego rdzenia, że niekiedy trudno go odróżnić od samego rdzenia. Znajomość tego faktu nie jest bez znaczenia, gdyż może uchronić chirurga od fatalnej pomyłki niedokończenia zabiegu w razie przeoczenia. Guzy te udaje się, ostrożnie postępując, wyłuszczyć na tępo, co stanowi dowód, że nie są one nowotworami samego rdzenia, lecz wychodzą z jego otoczek.

Wyniki operacyi usuwania omawianych guzów uważać można za dobre. O. był pierwszy, który u nas z dobrem zejściem operował podobny przypadek *). Następne przypadki nie zostały uwieńczone tak pomyślnym wynikiem, a to dla tego, że duża część tych chorych operowanych z natury samej choroby do zabiegu się nie nadawała, a część chorych zbyt późno dostała się na stół operacyjny, wskutek czego rdzeń, zbyt długo ulegając uciskowi, przedstawiał takie zmiany, które restitutio ad integrum czyniły nieprawdopodobnem. Niestety, utrudnienia przy pośmiertnem badaniu zwłok, jakie w szpitalach naszych w ostatnich czasach praktykują się, pozbawiły nas możności dokładnego zbadania tych zmian i pozwoliły niejedną tajemnicę, którąby mogła rzucić nowe światło na omawiane sprawy, zanieść do grobu.

Technika samej operacyi jest w ogólnych zarysach taka, jak ją tu Krauze przedstawił; w szczegółach jednak różni się w wykonaniu przez poszczególnych chirurgów. O. postępuje w sposób następujący, co daje mu możność wykonać zabieg w możliwie najkrótszym czasie, co nie jest bez znaczenia dla przebiegu operacyi.

Chory leży na lewym boku na stole operacyjnym, nadającym się do zastosowania położenia Trendelenburga Pozycya ta oddaje rzetelne usługi, zwłaszcza w operacyi w górnym odcinku rdzenia. Pozycya ta niewątpliwie chroni chorego od większego upływu płynu mózgowordzeniowego. W ostatnich swoich przypadkach O. stosuje, obok omawianego położenia, tamponacyę gazą wyjałowioną przestrzeni między kością i oponą twardą w celu wywarcia pewnego ucisku. Aczkolwiek Krauzemu wydaje się zabieg ten niebezpiecznym, to obawy K. są płonne, gdyż ma on już za sobą próbę doświadczenia życiowego, i jako taki śmiało stosowany być może.

O. przypomina, że jeden z wybitnych chirurgów niemieckich (Sick) idzie jeszcze dalej, i obwiązuje cały rdzeń wraz z oponami paskiem gazy i to tak silnie, że płyn mózgowordzeniowy nie wypływa wcale. Otwarcie

*) Opisany przez kolegę Flataua.

kanału kręgowego, wzgl. usunięcie łuków kręgowych, wykonywa O. w ten sposób, że po usunięciu hakami szerokimi mięśni, wyłożonych dużemi pasami gazy wyjałowionej, co redukuje krwawienie do minimum, usuwa za pomocą szczypców Luera tyle wyrostków kolczystych, ile zamierzamy usunąć łuków; następnie frezą Doyena za pomocą motoru elektrycznego wywierca w miejscu usuniętego któregokolwiek wyrostka kolczystego otwór wielkości srebrnej pięciokopiejkówki. Z tego otworu idąc ku górze i ku dołowi usuwa się płaskim Luerem resztę przeznaczonych do usunięcia łuków od 3-ch do 7-miu i 8-miu, co bezkarnie wykonać wolno. Następnie otwiera się delikatnie oponę twardą, robiąc niewielkie nacięcie na niej, i wprowadzając przez ten otwór sondę żłobowaną, na której robimy podłużne cięcie na obnażonej części opony twardej. Pozostaje usunięcie samego guza, co zazwyczaj daje się na tępo wykanać. Szew ciągły na oponę twardą należy wykonać dokładnie, gdyż następczy wypływ płynu mózgowordzeniowego ujemnie wpływa na przebieg pooperacyjny, zwłaszcza ze względu na możliwość następczego zakażenia.

O. ma to smutne doświadczenie, jak zresztą wszyscy chirurgowie, którzy większą ilość podobnych operacyi wykonali, że po otwarciu opony twardej w miejscu przypuszczalnego siedliska guza takowego nie znajdywano; operacyę na tem zakończono. Gdyby jednak, jak się przy sekcyi przekonywano, wykonano wycięcie łuków 1-go lub 2-ch kręgów ku górze lub ku dołowi, to natrafionoby na guz i usunięto go i dlatego, zdaniem O, należy w przypadkach, w których guza odrazu nie znaleziono, być bardziej doszczętnym, niż dotychczas i zawsze dodatkowo usuwać łuki ku górze i ku dołowi. W jednym ze swoich przypadków O. znalazł po otwarciu opony rdzeń pokryty jakby masą galaretowatą, przezroczystą, dającą się delikatnie tamponikiem usunąć.

Wobec nieznalezienia guza sądzono, że sprawa powyższa—a przyjęto ją za meningitis serosa—jest powodem stanu chorego, i zabieg na tem zakończono. Jakoż przykrą było niespodzianką, gdy w parę tygodni później znaleziono przy sekcyi guz o 2 cm. poniżej wyrezekowanych łuków. W drugim przypadku, w którym guza również nie znaleziono, owa galaretowata masa również pokrywała rdzeń na dużej przestrzeni W przypadku tym sekcyi nie można było wykonać.

Z powikłań pooperacyjnych uważa O. za najniebezpieczniejsze zapalenie opon mózgowych. Wrażliwość na zakażenie opon uważać należy za bardzo dużą, znacznie większą, niż otrzewnej, i dla tego nie można być dość oględnym i ostrożnym w wykonaniu omawianej operacyi. W dwu przypadkach widział O. po operacyi silną bębnicę (meteorismus), która jednak po kilku dniach ustępowała. Pierwszego jednak dnia powikłanie to sprawiało sporo niepokoju.

Co do nawrotów, to, sądząc z piśmiennictwa, należy guzy podoponowe zaliczyć do kategoryi mniej złośliwych pomimo mięsakowej budowy anatomicznej, przytrafiającej się najczęściej. W przypadku O.. zakończonym wyzdrowieniem zupełnem, w kilka miesięcy po operacyi stwierdzono przerzutowe guzy na udzie. Chora na usunięcie ich nie zgodziła się, a pomimo

to, że badanie drobnowidzowe usuniętego przy operacyi guza wykazało mięsakową budowę, dziś po upływie 2½ lat chora jest zupełnie zdrowa.

Gabszewicz. Na bębnicę, jako na objaw, występujący często po zabiegach w kanale rdzeniowym w części grzbietowej, zwrócił już uwagę Mikulicz przed 20 laty; miał on na myśli wtedy tylko zabiegi przy sprawach gruźliczych kręgów.

G. spostrzegał w 1891 w klinice Wrocławskiej u Mikulicza 2 przypadki, w których z powodu objawów uciskowych rdzenia Mikulicz dokonał operacyi; w obu znaleziono ropień na przedniej stronie rdzenia, a w jednym z nich oprócz tego usunął Mikulicz z trzonu dość duży martwak i w obu tych przypadkach już na drugi dzień wystąpiła bębnica w tak znacznych rozmiarach, w jakich G. nie spostrzegał go nigdy nawet przy niedrożności jelit.

BR. SZERSZYŃSKI.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 27 października 1911 r.

1. *Janczewski Stefan* przytacza w streszczeniu przypadek przedziurawienia macicy łyżeczką przy skrobaniu z wypadnięciem sieci do pochwy, zakończony pomyślnie bez operacyi. Chora lat 21 przybyła do oddziału chorób kobiecych w szpitalu ewangelickim w dn. 27 maja 1907 r.; urodziła pomyślnie 2 dzieci; w dniu 22 kwietnia 1907 r. poroniła w 4-ym miesiącu ciąży; po poronieniu przez jakiś czas gorączkowała, obecnie od 3-ch tygodni krwawi prawie bez przerwy. Przy badaniu prócz śladów lekkiego zapalenia okołomacicznego nic nieprawidłowego nie znaleziono. Pomimo leżenia w łóżku, stosowania gorących przestrzykiwań pochwowych, sporyszu, ergotyny, krwawienie nie ustawało.

W dniu 3 czerwca dokonano skrobania macicy; wynik skrobania: cokolwiek skrzepów krwi i minimalne strzępki błony śluzowej, krwawienie nie ustąpiło. Chorej wstrzykiwano w dalszym ciągu ergotynę pod skórę, do wewnątrz zaś macicy — adrenalinę, rozczyn Grammatikati; chora przyjmowała stypticinę, styptol — wszystko bez pomyślnego skutku.

D. 11 czerwca dokonano powtórnego skrobania macicy z takim samym wynikiem i skutkami; osłabienie chorej postępowało szybkim krokiem naprzód.

D. 18 czerwca w uśpieniu chloroformowem po raz trzeci przystąpiono do skrobania, ewentualnie do zbadania palcem wnętrza macicy. Zaraz po pierwszych ruchach łyżeczki wyciągnięto do pochwy jakiś twór, który okazał się kawałkiem sieci; jasne było, że mamy do czynienia z przedziurawieniem macicy. Wyciągnięty kawałek sieci długości 2 ctm. wprowadzono do jamy macicy, jamę zlekka wytamponowano i chorą przeniesiono do łóżka; na brzuch położono pęcherz z lodem. Przygotowawszy się do mo-

żliwego cięcia brzusznego lub pochwowego, postanowiono na razie czekać. Po przebudzeniu się samopoczucie chorej dobre, tętno około 100, lekka bolesność w prawem podbrzuszu; w godzinę po operacyi chora poczuła na chwilę silny ból w brzuchu, tętno osłabło; trwało to zaledwie przez parę sekund, poczem stan taki sam, jak przedtem. Nazajutrz wyjęto tampon z macicy, sieć nie pokazała się, krwawienia nie było, samopoczucie chorej doskonałe.

Dalszy przebieg choroby najzupełniej pomyślny, ciepłota raz jeden podniosła się do 38°, krwawienie ustało zupełnie i w dniu 5 lipca, czyli w 17 dni po 3-ciem skrobaniu chora opuściła szpital; przy badaniu znaleziono niewielką bolesność i niewielkie nacieczenie w tylnem sklepieniu. J. miał sposobność widywać chorą parę razy do roku, przyczem dowiedziałem się, że w 6 tygodni po wyjściu ze szpitala chora dostała b. obfitej do tygodnia trwającej miesiączki, podczas której wypadł jakoby z pochwy „kawał tkanki zielonkowatej“ (?) — później czuła się zupełnie zdrową — w ciążę przez 4 lata nie zachodziła.

W dniu 2 sierpnia 1911 r. u tej samej chorej z powodu lewostronnej ciąży pozamacicznej (abortus tubarius) robił J. cięcie brzuszne; sama ciąża pozamaciczna nic szczególnego nie przedstawiała; interesujące było tylko miejsce poprzedniego przedziurawienia macicy: na tylnej ścianie trzonu z prawej strony na wysokości 2-ch ctm. od samego dna macicy zauważono zagłębienie, mogące pomieścić koniec małego palca; sieć wązkim paskiem, szerokości mniej więcej 1 cent., przyrośnięta była do tego miejsca; pasek ten przewiązano w dwóch miejscach i przecięto. Przebieg pooperacyjny najzupełniej pomyślny, 17-go dnia po operacyi chora opuściła szpital.

W dyskusyi Monsiorski na zasadzie dwu przypadków przedziurawienia macicy, przez siebie obserwowanych, uważa, że jakkolwiek podawane w piśmiennictwie przypadki często kończyły się pomyślnie bez żadnego zabiegu, jednak dla dobra chorej i spokoju lekarza powinno się w każdym przypadku zrobić przednie lub tylne cięcie pochwy i zrobiony otwór w macicy zaszyć. Wychodząc z zasady, że skrobanie nigdy nie powinno narażać życia chorej, Mons. stawia następujące postulaty.

1. Przy każdem skrobaniu operator powinien mieć wszystko przygotowane do cięcia pochwy i szycia.

2. Operator, przystępując do skrobania, powinien być należycie uzdolniony do wykonania cięcia pochwy.

Mons. uważa kolpotomię za zabieg absolutnie niewinny i dla chorej nieszkodliwy, sądzi więc, że dla upewnienia się co do stanu chorej zabieg taki wykonać się powinno.

Leśniowski jest zdania, że nie w każdym przypadku przedziurawienia macicy w czasie skrobania wypada natychmiast wykonać duży zabieg. Przedziurawienie takie jest na pewno o wiele częstsze, niż ginekologowie o tem wiedzą, duża ich część przebiega niespostrzeżenie dla lekarza i chorej. Otwór, w takich razach powstały, zazwyczaj bywa nieduży, wobec tego zakażenie powstaje tylko w chwili wejścia łyżeczki z jamy macicy do otrzewnej, wyłączając przypadki, gdzie macica po dokonaniu przedziurawie-

nia była przemywana, lub gdzie otwór jest b. duży. Z chwilą jednak, gdy tylko wystąpią bodaj drobne objawy podrażnienia otrzewnej, należy otworzyc jedno ze sklepień, jeżeli można— zaszyć otwór w macicy, najważniejsze zaś tu jest sączkowanie małej miednicy, by dać ujście na zewnątrz substancyom toksycznym.

Na przemówienie Monsiorskiego, L. powołuje się na piśmiennictwo, w którem na podstawie pewnych danych zaznaczono, że część przedziurawień macicy w czasie skrobania niewątpliwie przebiega niespostrzeżenie.

Cz. Stankiewicz uważa skrobanie macicy za zabieg nie tak mały i błahy, jak to ogólnie mniemać przyjęto. Skrobanie w przypadkach poronienia sztucznego, w 3 miesiącu np., jest trudne i powinno być wykonywane z wielką ostrożnością. Osobiście St. nie miał czy też nie zauważył przedziurawienia macicy podczas skrobania. Jest zdania, iż stanowisko Monsiorskiego jest naogół słuszne. W jednym przypadku przedziurawienia w oddziale ginek. Szpitala Ś-go Ducha, S. otworzył, jak to radzi Monsiorski, przednie sklepienie, wyważył macicę i zeszył żywo krwawiący otwór w prawym rogu macicy z zejściem pomyślnem. S. trzyma się zasady, iż tylko w przypadkach przedziurawień niepowikłanych można wyczekiwać, gdzie zaś za pomocą łyżeczki wydobyto sieć lub jelito, tam zabieg operacyjny jest bezwzględnie wskazany. Tak i w przypadku Janczewskiego S. postąpiłby inaczej. S. wspomina dalej o niebezpieczeństwie przepłukiwania macicy po skrobaniu; uważa zabieg ten za zbyteczny i nigdy go nie stosuje. Przytacza znany z piśmiennictwa przypadek seniora naszych ginekologów, Rosenthala, w którym ten zmuszony był, z powodu zapaści po przepłukiwaniu rozczynem karbolu w przypadku niezauważonego przedziurawienia macicy, do wykonania cięcia brzusznego.

Finkelkraut ex re przypadku, o którym mówił Stankiewicz, zaznacza, że przypadek ten dotyczył chorej, u której Rosenthal dokonał wyjęcia drogą pochwową włókniaka podśluzowego. Po usunięciu włókniaka, w czasie tamponowania macicy spostrzeżono, że gazy mieści się więcej, niż pozwalałaby wielkość macicy i w tejże chwili nastąpiła zapaść. Po dokładniejszem obejrzeniu guza znaleziono w jednem miejscu otrzewną, na skutek czego niezwłocznie wykonano cięcie brzucha. Chora wyzdrowiała.

Neugebauer jest zdania, że o ile do macicy przedostanie się sieć lub kiszka, bezwarunkowo należy wykonać cięcie brzucha lub pochwy, w przypadkach zwyczajnego przedziurawienia należy zachować się wyczekująco, zastosowawszy bezzwłocznie lód i opium.

Lebensbaum, zgadzając się z Monsiorskim i Stankiewiczem, że przedziurawienie macicy podczas wyskrobania jest powikłaniem nie obojętnem, ograniczyłby jednak wskazania do zabiegów poważniejszych do następujących:

1) jeżeli skutkiem przedziurawienia jest silne krwawienie, nie dające się niczem usunąć;

2) jeżeli przypadek był septyczny;

3) jeśli do jamy macicznej skutkiem przedziurawienia przedostały się trzewa, krezka i t. d.

W tych przypadkach może okazać się nieodzownem nietylko zaszycie otworu, lecz i całkowite usunięcie macicy. Zresztą w piśmiennictwie mamy opis mnóstwa przypadków przedziurawienia macicy, klóre przeszły zupełnie bez reakcyi, jeśli wszelkie dalsze zabiegi około chorej przerwało się natychmiast po rozpoznaniu przedziurawienia.

A. Lipsztat przytoczył do kazuistyki przedziurawień macicy w czasie przepłukiwania tejże przypadek z oddz. Natansona w szpitalu na Czystem: u chorej z powodu częstych krwawień po poronieniu, niedostatecznem zwijaniu się i wiotkości macicy zastosowane były przepłukiwania gorącym roztworem lizolu. Podczas wprowadzenia kanki Bozemana macicy zgłębić nie było można: kanka zagłębiała się coraz bardziej, podczas kiedy macica przy badaniu dwuręcznem zdawała się być nie dużo większa od prawidłowej. Puszczony strumień płynu na zewnątrz nie wypływał. Jednocześnie chora zaczęła narzekać na silny ból w dole brzucha, zbladła, tętno stało się nikłe, brzuch wzdął się — przepłukiwanie natychmiast przerwano, chorą położono na łóżko, wstrzyknięto pod skórę morfinę, lód na brzuch — po godzinie objawy zapaści minęły i chora wróciła do stanu prawidłowego. Po kilku dniach próbę przepłukania macicy powtórzono, lecz wynik otrzymano identyczny z powyżej opisanym. Przypadek ten niewątpliwego dwukrotnego przedziurawienia macicy podczas jej płukania przeminął bez żadnej szkody dla chorej i bez konieczności podjęcia poważniejszego zabiegu.

Szybowski jest zdania, że należy w każdym przypadku stwierdzonego przedziurawienia macicy dokonać cięcia pochwowego, gdyż nigdy nie wiadomo, jakie będą skutki przedziurawienia. W jednym z dwu widzianych przez Szyb. przypadków przedziurawienia, pomimo że przez kanał szyi krew nazewnątrz nie wypływała, po otwarciu przedniego sklepienia i wyłonieniu macicy, stwierdzono nadzwyczaj żywe krwawienie z miejsca przedziurawienia.

W zakończeniu dyskusyi Janczewski Stefan, jako dowód, że nie zawsze po przedziurawieniu macicy, nawet z uszkodzeniem trzew brzusznych, konieczny jest zaraz zabieg operacyjny, przytacza jeszcze przypadek następujący: przed 2-ma miesiącami był wezwany do chorej, pierwszy raz w ciąży będącej, u której akuszerka zrobiła sztuczne poronienie w 2-gim miesiącu ciąży, lekarz zaś wyjął resztki jaja palcem i łyżeczką. Po umieszczeniu chorej gorączkującej w szpitalu, na drugi dzień zauważono wyciek płynnego kału i gazów przez ujście zewnętrzne szyi macicznej. Jasne było, że mamy do czynienia z przedziurawieniem macicy i kiszek. Przy leczeniu wyczekującem, po tygodniu chora przestała gorączkować, a po dwóch tygodniach kał, który dotychczas szedł tylko przez macicę i pochwę, a przez kiszkę prawie że wcale nie odchodził, zaczął odchodzić zwykłą drogą przez odbytnicę, z macicy zaś pokazywała się tylko żółta wydzielina. Po trzech tygodniach chora wyszła ze szpitala; parę dni temu Jancz. miał sposobność badać ją u siebie w domu, przyczem stwierdził najzupełniej pomyślny stan zdrowia.

2. *Monsiorski* z okazyi przedstawienia preparatu, który przed operacyą mylnie był rozpoznany, jako włókniak macicy, poruszył sprawę ważniej-

szych błędów ginekologicznych, które sam obserwował i o których znalazł wzmiankę w piśmiennictwie. Ciąża zamaciczna w różnych okresach może dać powód do wzięcia jej za zapalenie wyrostka robaczkowego. Ostre zapalenie przydatków może również dać obraz ciąży zamacicznej. Ten sam obraz spotykamy i przy uwięźnieniu w miednicy torbieli jajnika. Najczęściej jednak daje powód do błędu rozpoznanie różniczkowe ciąży i włókniaka. Okaz, przedstawiony przez kol. M., pochodzi od 24 letniej panny z nienaruszoną błoną dziewiczą. Był rozpoznany jako włókniak, wychodzący z lewego rogu macicy; włókniak ten leżał w lewym dole biodrowym. Macicę wyczuwało się oddzielnie. Po uniesieniu guza do góry i do środkowej linii brzucha, macica przewracała się ku stronie prawej. Spoistość guza była twarda. Po otwarciu brzucha znaleziono macicę kiełbasowatej formy, miękką; z prawej strony jajowód zaczynał się nizko, z lewej wysoko; dno idzie ukośnie z dołu i z prawa w górę i na lewo; słowem — jakaś zawartość w lewem rogu macicy. Pomimo że chora, choć rzadko (co 2—3 miesiące) miewała dawniej peryody, M. wytłomaczył sobie nieobecność peryodu od 7 miesięcy malformacyą macicy, która wywołała powstanie krwiaka. Na tej podstawie zrobiono nadpochwową amputacyę macicy. Po przecięciu macicy, okazała się, niestety, zwykła ciąża, z nierównym rozwojem różnych części macicy.

Thieme w dyskusyi wypowiada zdanie, że w danym przypadku nie można było zupełnie wyłączyć ciąży, i że należałoby przed przystąpieniem do operacyi poddać chorą dłuższej obserwacyi, a powtóre, po dokonaniu przecięcia ściany brzusznej należałoby bliżej rozpatrzeć się w stosunkach znalezionego guza macicznego i być oględniejszym w wycinaniu tegoż.

Leśniowski, zabierając głos w sprawie możliwych pomyłek ginekologicznych, zwraca uwagę na możność brania włókniaków macicy za torbiele jajnika lub przyjajnika, i odwrotnie. Wiemy, że nieraz włókniaki są tak obrzękłe, nasiąknięte cieczą surowiczą, są tak miękkie, że badanie dwuręczne pozwala przypuścić, że mamy do czynienia z tworem torbielowatym, który mógł być napięty, lecz częściowo opróżnił się, i odwrotnie, torbiel o grubych ścianach może być tak przepełniona cieczą, że jest zupełnie twarda, jak włókniak, a jeżeli do tego, leżąc w miednicy małej, ściśle przylega do macicy, wówczas z łatwością można wziąć ją za włókniak. Oczywiście, rozpoznanie prowadzi do powzięcia pewnego planu postępowania, i wtedy możemy znaleść się w dużej trudności. I dla tego L,, o ile nie jest zupełnie pewny rozpoznania, przygotowywa chorą tak, jakby miał wyjąć przez brzuch całkowicie macicę.

Huzarski zaznacza, że przypadki pomyłek co do ciąży nie należą do rzadkich. W Warszawie znane są podobne przypadki. Przed kilkunastu laty ś. p. Jawdyński przystąpił do laparotomii z powodu skręcenia torbieli jajnikowej; po otwarciu jamy brzusznej i macicy znaleziono w niej bliźnięta. Przed dwudziestu kilku laty prof. Lambl ogłosił w Centralbl. f. Gynaek. zajmujący przypadek, w którym kilku lekarzy podejrzywało u chorej wieloródki złośliwy guz macicy, zrobiono próbne nakłucie, i wypuszczono płyn, wieczorem tegoż dnia chora poroniła bliźnięta w 5-ym miesiącu ciąży.

Zwejgbaum przytacza przypadek z kliniki Billrotha, gdzie rozpoznano torbiel jajnika i wykonano laparotomię, a guz okazał się zwykłą ciężarną macicą.

Szybowski jako dowód, że można wziąć macicę ciężarną za włókniak, przytacza przypadek z oddziału ś. p. Dr. Krajewskiego. Będąc na dyżurze w Instytucie Położniczym, w nocy Szyb. został wezwany do oddziału do chorej z silnym krwotokiem. Chora ta nazajutrz miała być operowana z powodu włókniaka macicy. Szyb. znalazł poronienie w IV miesiącu ciąży. Płód odszedł, należało usunąć łożysko. Włókniaka wcale nie było.

Altkaufer Henryk zapytuje Monsiorskiego, dlaczego w zakomunikowanym przypadku krwisteku, spowodowanego ciążą pozamaciczną, czy też — wysięku z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym spór pomiędzy nim a kolegą internistą pozostał nierozstrzygnięty, nie zastosował w celu dokładnego rozpoznania ukłucia próbnego w okolicy tylnego sklepienia. A. w podobnych przypadkach dokonał wiele razy ukłuć próbnych za pomocą szprycy 5—10 gramowej, i ani razu nie widział jakichkolwiek szkodliwych następstw, wynikających z zastosowania tego zabiegu.

Z powodu przedstawionego przez Monsiorskiego okazu ciężarnej macicy Altkaufer przytacza przypadek następujący: Kilka miesięcy temu Alt. operował w szpitalu 44-letnią głuchoniemą, wdowę od lat 12-tu, u której rozpoznał mięśniak macicy. Górna część guza sięgała powyżej pępka. Kształt guza wraz z macicą odpowiadał formie i wielkości 6-miesięcznej ciężarnej macicy. Przystępując do operacyi, A. nie miał żadnych danych, na zasadzie których mógłby przypuszczać obecność ciąży. Gdy, po otwarciu jamy otrzewnej, macica wskutek sinawego zabarwienia, zgrubienia więzów obłych sprawiła na nim wrażenie macicy ciężarnej, postanowił zaszyć na razie brzuch, nie kończąc operacyi. Po kilka miesięcy trwającej obserwacyi i przekonawszy się, że miał w danym przypadku do czynienia nie z ciążą, lecz z mięśniakiem macicy, przystąpił powtórnie do cięcia brzusznego i dokonał nadpochwowego wycięcia macicy. Chora wypisała się ze szpitala zdrowa zupełnie.

Monsiorski w odpowiedzi kol. Altkauferowi zaznacza, że krwistek, o którym mowa, był tak twardy, że przekłucie próbne nie dałoby żadnego wyniku. Wogóle Monsiorski jest zasadniczym przeciwnikiem przekłuć od strony pochwy w obawie możliwego zakażenia otrzewnej. Prócz tego w dyskusyi zabierali głos: Neugebauer, Antecki, Stankiewicz Czesław, Fiedorowicz i Rybicki.

3. Następnie *Neugebauer* demonstrował preparat pooperacyjny: ciężarną macicę włókniakowatą, amputowaną przez niego dnia 6/X r. b. w szpitalu Ewangelickim. Przypadek odznacza się kilku osobliwościami i był pod względem rozpoznawczym bardzo pouczający.

Kobieta lat 38, zamężna od lat 14, bezdzietna, miesiączkowała prawidłowo od 14-go roku życia i nigdy nie chorowała, na zaburzenia ze strony organów płciowych nigdy nie narzekała, — szczególnie jest interesujące, że nigdy za obfitych peryodów nie miewała. Ostatni peryod rozpoczął się dnia 6-go sierpnia zamiast dnia 1-go sierpnia. Od tego czasu, czyli już prze-

szło 8 tygodni, peryodu nie było. Miesiąc temu chora po raz pierwszy zauważyła utrudnienie w oddawaniu moczu. Gdy przybyła do ambulansu szpitalnego, wypuszczono cewnikiem blizko litr moczu, zresztą czystego. Chora odrazu doznała wielkiej ulgi i oświadczyła, że jej nic więcej nie dokucza. Badanie dwuręczne ujawniło, że chodzi o guz w zatoce Douglasa, który przypiera macicę ku spojeniu łonowemu, czyli rozpoznano uwięźnienie jakiegoś guza, wielkości niespełna główki noworodka, w zatoce Douglasa. Guz ten nie był torbielą z zawartością płynną, ponieważ spoistość nie przemawiała za tem. Podejrzywano torbiel jajnika, być może — skórzastą. Guz, za macicą leżący, sterczał ku dołowi dosyć znacznie, tak że sięgał znacznie niżej, niż część pochwowa. Szyja macicy miękka czyniła wrażenie ciężarnej. Błona śluzowa pulchna, sinawa. Nad spojeniem łonowem wymacano dno macicy wyraźnie, jak się zdawało. Rozpoznano więc prawdopodobną ciążę, i guz pozamaciczny, uwięziony w zatoce Douglasa. Stan bezgorączkowy. Wskazanie do operacyi było bezwględne wobec powtarzającego się zatrzymania moczu, niemożności oddawania go samowolnie. Operacya była łatwa, lecz ujawniła zajmującą pomyłkę rozpoznawczą. Nie było guza jajnika, a chodziło o myomatosis uteri multiplex, pomimo że chora nigdy nadmiernych krwawień peryodowych nie miała. Na przedniej ścianie macicy wyrósł włókniak podsurowiczy, którego szczyt wzięto za dno macicy jako punkt macicy najwyżej nad spojeniem łonowem leżący. Macicy przed operacyą nie zgłębnikowano, przypuszczając ciążę. Drugi guz, również podsurowiczy, był pozaszyjowym włókniakiem, on właśnie był uwięziony w zatoce Douglasa. Amputowano macicę na drodze laparotomii, pozostawiając przydatki nietknięte. Na lewym jajniku znaleziono sporych rozmiarów corpus luteum. Po amputacyi macicy przekrojono preparat. W świetle kanału macicy na przekroju amputacyjnym sterczało jaje płodowe, około 7 tygodni mające. Na przekroju strzałkowym preparatu widać dwa większe włókniaki, jeden mniejszy na przedniej ścianie macicy, który przed operacyą mylnie wzięto za dno macicy, a drugi większy, wychodzący z tylnej ściany macicy. Summa summarum ciężarna macica w tyłopochyleniu o dwóch włókniakach większych podsurowiczych. Prócz tego znaleziono jeszcze kilka drobnych włókniaków. Przebieg pooperacyjny bardzo gładki.

Chorej o ciąży nic nie mówiono. Neugebauer dokonał, jak zwykle, amputacyi, a nie doszczętnego wyłuszczenia macicy, ponieważ z rezultatów amputacyi jest bardzo zadowolony. Raz jeden tylko w 2 tygodnie po dokonaniu amputacyi później wyłuszczał przez pochwę część pochwową z kikutem macicznym, ponieważ przekrój włókniakowo zwyrodniałej macicy amputowanej ujawnił obecność raka. Amputacyi włókniakowo zwyrodniałej macicy na oddziale Neugebauera dokonano od roku 1893 do chwili obecnej, czyli w przeciągu lat 18, 59 razy, wyłuszczenia całkowitego górą zaledwie kilka razy, natomiast często dosyć wyłuszczenia doszczętnego drogą pochwową, kilka razy drogą górną i dolną.

4. Dalej *Neugebauer* demonstrował klampik Shoemakera dla nakładania podwiązek, oraz łyżeczkę Laubenburga, dla dna macicy przeznaczoną.

5. *Natanson* przedstawia preparat macicy, wyjęty z powodu oderwa-

nia sklepienia i pęknięcia podczas porodu. Chora urodziła już dwukrotnie, i za każdym razem bóle słabły znacznie pod koniec porodu, wskutek czego wzywano lekarza, porody jednak kończyły się bez zabiegu operacyjnego. Tym razem również wezwany został tenże lekarz z powodu, iż bóle ustały, i to wbrew radom akuszerki, która twierdziła, że przebieg porodu jest zupełnie prawidłowy.

Lekarz znalazł, co następuje: chora bardzo osłabiona, tętno zmienne o słabem napięciu; lekkie krwawienie z części rodnych, skurczów macicy niema wcale, brzuch wzdęty, belesny; tonów serca dziecka nie słychać. Z powodu podejrzenia, iż nastąpiło pęknięcie macicy, zarządził on natychmiastowe przewiezienie chorej do szpitala.

Badanie tu wykazało: tętno zaledwie wyczuwalne, osłabienie bardzo znaczne, chora mówi z trudnością. Brzuch wzdęty, w lewej połowie wyczuwa się dobrze skurczoną macicę, w prawej płód z główką mało ruchomą nad wejściem do macicy; drobne części tuż pod powłokami brzusznemi.

Bezwłocznie wykonane cięcie brzucha wykazało, iż, rzeczywiście, płód leżał zupełnie wolno w prawej połowie jamy brzusznej, dokąd dostał się przez znaczny otwór, wytworzony wskutek pęknięcia całego przedniego sklepienia i prawie całego przedniego wiązadła szerokiego, a także kilku centymetrów prawego kantu macicy. Pęcherz moczowy nieuszkodzony leży nizko, opadnięty wraz z pochwą. Prawy wiąz okrągły pęknięty, tętnica maciczna nieuszkodzona, przerwane natomiast luźne gałązki. W jamie brzusznej znaczna ilość krwi płynnej i skrzepłej.

Łożysko leży zepełnie wolno w jamie brzusznej pod płodem, macica skurczona leży mocno przechylona na lewo.

Lewe wiązadło podwiązano i macicę odjęto całkowicie, a po podwiązaniu wszystkich naczyń zeszyto pochwę, ściągnięto do siebie resztki wiązadeł i pokryto szczelnie otrzewną. Przez pochwę i powłoki brzuszne wyprowadzono paski gazy.

Po operacyi stan chorej poprawił się znacznie i nie budzi dotąd żadnych obaw.

O ile do pęknięcia przyczyniło się parokrotne badanie akuszerki, orzec trudno, prawdopodobne jest wszakże, że mamy do czynienia z niezbyt częstym przypadkiem rupturae uteri et kolpoaporrhexis intra partum spontaneae.

6. Następnie *Neugebauer* odczytał sprawozdanie z odczytu Bumma p. t. „Co otrzewna znosi, a czego nie znosi“. Rzecz ta drukowana będzie w Przeglądzie Chirurg. i Ginek.

B. SZYBOWSKI.



Dr. Jakób Rosenthal

(Wspomnienie pozgonne).

Ginekologia polska poniosła ciężką stratę. W d. 4 lutego r. b. rozstał się z tym światem jeden z wielce zasłużonych ginekologów naszych — dr. Jakób Rosenthal. Urodzony w Warszawie w r. 1844 z ojca Dawida, również lekarza, ukończył wydział lekarski Szkoły Głównej w Warszawie w r. 1869. Bardzo prędko po ukończeniu studyów, bo już w r. 1870 został mianowany ordynatorem oddziału wewnętrznego dla kobiet w Szpitalu Starozakonnych w Warszawie, i obowiązki te pełnił z jednakowym zapałem niemal do ostatnich chwil swego życia, aż zmożony ciężką niemocą musiał swej tak umiłowanej pracy zaniechać. Pchany zamiłowaniem do ginekologii, w prędkim czasie oddział swój, chorobom wewnętrznym przeznaczony, przeistoczył na specyalny oddział dla chorych, dotkniętych chorobami niewieściemi, co, zważywszy zupełny brak w owej dobie tego rodzaju oddziałów

w Warszawie, niewątpliwie za największą z zasług J. Rosenthala poczytywać należy.

Na stanowisku ordynatora dał się J. Rosenthal niebawem poznać, jako dzielny klinicysta. Więc najpierw, całą duszą, z całym zapałem był on oddany swemu oddziałowi szpitalnemu, poświęcał mu niemal każdą wolną chwilę swego życia; chorym, powierzonym swej pieczy, był oddany w wysokim stopniu, był dla nich niezmiernie troskliwy. Co do metod leczniczych, to od początku swej działalności zaznaczył się, jako śmiały, dzielny operator. Już w r. 1871, a zatem w drugim roku swej ordynatury, jeden z pierwszych w Warszawie wykonał J. Rosenthal operacyę wycięcia torbieli jajnika. W ciągu całej swej działalności szpitalnej starał się utrzymać poziom pracy w oddziale na wysokości współczesnej wiedzy, szczególnie zaś umiłował, i, rzec można, dzięki swym warunkom wrodzonym, dzięki swemu temperamentowi, do znacznej doskonałości doprowadził chirurgię jamy brzusznej, gdyż niejednokrotnie obok mniej lub bardziej poważnych zabiegów na narządach kobiecych wykonywał w jamie brzucha operacye czysto chirurgiczne.

Z niemniejszem zamiłowaniem traktował J. Rosenthal duży zastęp młodszych kolegów, którzy pod jego doświadczonym kierunkiem wychodzili na dzielnych specyalistów.

J. Rosenthal wyzyskiwał materyał oddziałowy nietylko ze strony klinicznej; owszem, z nadzwyczajnym zapałem pracował on i naukowo, prawie do ostatnich czasów obficie zasilając swemi pracami piśmiennictwo polskie lekarskie. Nie mamy możności w krótkiem wspomnieniu, poświęconem Rosenthalowi, poddać szczegółowej ocenie Jego działalność literacką; tu podajemy tylko spis prac, które wyszły z pod płodnego pióra Rosenthala.

1) Opis Szpit. Starozakonnych w Warsz. (Historya Szpitali w Król. Pol. prof. Girsztowta 1870 r. T. II).

2) Eclampsia, mania, endometritis puerper., wyzdrowienie. (Gaz. Lek. 1870).

3) Wycięcie jajnika (ovariectomia). (Pam. Tow. Lek. 1871).

4) Poradnik Lekarski dla kobiet. (Warszawa,1874).

5) O operacyjnem leczeniu wypadnięcia macicy i pochwy. (Gaz. Lek 1885).

6) Wynicowanie macicy i t. d. (Gaz. Lek. 1871).

7) Stół operacyjny ginekologiczny (Gaz. Lek. 1888).

8) Wpochwienie jelita biodrowego, wynicowanie kątnicy i t. d. (Gaz. Lek. 1890, toż po niem. w Berl. Klin. Wochenschr.).

9) Cięcie cesarskie i t. d. (Gaz. Lek. 1891).

10) Rak okrężnicy wstępującej, laparotomia, wycięcie kiszki, wyzdrowienie. (Medycyna, 1892).

11) Przetoka jelitomaciczna. (Gaz. Lek. 1893).

12) Wycięcie nowotworu wątroby. (Gaz. Lek. 1893, toż po niem. Deutsch. Med. Woch. 1897).

13) Przypadek utworzenia się kamienia w jamie pęcherzowopochwowej po zupełnem zaszyciu przewodu pochwowego. (Gaz. Lek. 1895).

14) Węzłościskacz, narzędzie do zaciskania podwiązek chirurgicznych. (Gaz. Lek. 1895).

15) Pochwowe przyszycie macicy tyłozgiętej i otwarcie pochwowe jamy brzusznej celem wycięcia nowotworów w przydatkach macicy. (Gaz. Lek. 1895).

16) Przypadek ciąży zamacicznej śródściennej. (Gaz. Lek. 1896, toż samo po niem. w Centralbl. f. Gynäk. 1896 i po rosyjsku w Żurnał akuszorstwa i żensk. bol. w 1897).

17) Przypadek wyłuszczenia mięśniaka podśluzowego macicy; przedziurawienie macicy; wycięcie macicy na drodze brzusznej, wyzdrowienie. (Gaz. Lek. 1897; to samo po niem. w Centralbl. f. Gynäk 1897 i po ros. w Żurn. akusz. i żensk. bol. 1897).

18) Przypadek krwotoku śródmacicznego w rogu prawym macicy dwurożnej. Wycięcie nadpochwowe macicy. Wyzdrowienie. (Gaz. Lek. 1898; toż samo po niem. w Monatschr. f. Geburts. u. Gynäk).

19) Niedostateczność tętnicy płucnej. (Pam. Tow. Lek. 1875).

20) O ciałach obcych, pozostawionych w jamie otrzewny podczas cięcia brzusznego. (Gaz. Lek. 1898).

21) Przyczynek do kazuistyki urazów narządów moczopłciowych kobiecych sub coitu. (Medycyna, 1899).

22) Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym Szpitala Staroz. w Warszawie w 1886—1897 r., oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału. (Medycyna, 1898).

23) Kilka słów z powodu artykułu dr. C. Hankiewicza pod tytułem: Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej, zatrzymanie płodu, prawie donoszonego, w ciągu lat 18-tu (Czasopismo Lek. 1900).

24) O skuteczności sidonalu w podagrze przewlekłej. (Gaz. Lek. 1900, toż samo po niem. „Therapeut. Monatschr." 1901).

25) Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym Szp. Star. w ciągu 1898—1899. (Medycyna, 1900).

26) Przypadek pooperacyjnego bezwładu żołądka z następczem rozszerzeniem jego. (Medycyna, 1906).

27) Samodzielnie trzymający się rozszerzacz dla powłok brzusznych. (Medycyna, 1908, toż samo po niem. w Centralbl. f. Gyn. 1908).

28) Przyczynek do stosowania cięcia nadłonowego poprzecznego powięziowego Pfannenstiela przy cięciach brzusznych. (Medycyna, 1908).

Dodać należy, że obok oddziału, równie zywo interesował się Rosenthal ogólnemi sprawami szpitala; rzec można—weszły Mu one w krew i życie; nie było sprawy szpitalnej, której by On nie oddawał się z całym właściwym Mu zapałem.

Życie swe wypełnił J. Rosenthal mozolną, lecz i wielce pożyteczną pracą.

Cześć Jego pamięci!

Redaktor **A. Leśniowski.** Wydawca **C. Stankiewicz.**

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.